Lane Medical Library

Ueber

Pemphigus und andere bullöse Hautkrankheiten.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 4. August 1891

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Jakobus van der Spek

aus Delft (Niederlande).

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. A. Schwann.
- Dr. med. M. Friedländer.
- Dr. med. G. Müller.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seiner theuren Mutter

sowie

dem Andenken seines unvergesslichen Vaters

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

„Es erscheint fast unmöglich", sagt Brocq[1]), „zur Zeit einen nur einigermassen befriedigenden Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der bullösen Hauterkrankungen zu geben.

Ein Blick in die neuesten Arbeiten über diesen Gegenstand beweist das; man findet da unter den verschiedenartigsten Namen die nämlichen Krankkeiten beschrieben, und umgekehrt sind weit auseinander liegende Krankheitsformen zu einer Gruppe vereinigt.

Die Verwirrung ist so gross, dass manche Dermatologen neuerdings zweifelhaft geworden sind, ob es wirklich einheitliche Krankheitsbilder giebt, die man mit dem Namen „Pemphigus chronicus" belegen könnte."

Vielleicht schildert der gelehrte Schüler Vidal's und Besnier's die Sachlage etwas zu düster; sicher ist, dass die Pemphigusfrage keineswegs erledigt ist.

Zwischen den Meinungen von zwei so competenten Beobachtern wie Kaposi in Wien und Duhring in Philadelphia liegt eine tiefe Kluft. Es scheint mir deshalb nützlich von 12 Fällen mehr weniger seltenen Blasenerkrankungen der Haut zu berichten und an der Hand dieser Krankengeschichten die verschiedenen Ansichten über die hauptsächlichsten bullösen Ausschläge in einzelnen Punkten darzustellen.

Von den Krankheitsfällen, welche ich in den letzten Monaten zu studiren Gelegenheit hatte, sind für diese Arbeit folgende von mir gewählt worden:

I. Herpes Iris.
II. Erythema polymorphe maculo-vesiculosum.
III. Sclerodactylie mit Blasenbildung.
IV. Eczema manuum chronicum bullosum.
V. Purpura rheumatica bullosa.
VI. Dermatitis herpetiformis.
VII—IX. Pemphigus chronicus.
X—XI. Pemphigus contagiosus neonatorum.
XII. Impetigo contagiosa.

---

[1]) Uebersetzung von Brocq's Arbeit in Monatsh. f. pr. Derm. 1888, S. 625.

Fall I.

Fritz G. 31 Jahre, Feuerwehrmann, kommt am 27. Mai in die Lassar'sche Poliklinik mit Klagen über eine Bartflechte und Jucken an den Gliedmassen. Die Anamnese des wenig intelligenten Patienten ergiebt Folgendes:

Er ist von gesunder Familie, verheirathet und hat ein gesundes Kind. Mit dem 9. Jahre hat er eine wochenlange, schwere, ihm unbekannte Krankheit durchgemacht, will sonst immer gesund gewesen sein. Im vorigen Herbst hat er an den Knieen Bläschen bemerkt, welche nach Jucken entstanden waren und nach einigen Tagen ohne Behandlung heilten.

Vor etwa drei Wochen gewahrte er, ohne bekannte Ursache, ziemlich starke Juckempfindung am linken Knie, wo dann alsbald eine kleine Blase entstand. Nach und nach schossen an verschiedenen Stellen der Extremitäten und am Halse neue Bläschen auf, nachdem jedesmal ein ziemlich starkes Jucken vorangegangen war. Allgemeinerscheinungen, namentlich Frösteln, Digestionsstörungen, Gelenkschmerzen waren nicht damit verbunden.

Status: Patient ist ein kräftiger, etwas magerer, gesund aussehender Mann. Vom Kinnrande bis herab zum Halse ist die Haut blassbraunröthlich, bei Druck gelblich verfärbt, mit normal aussehenden, kurzen Barthaaren bewachsen, nicht schuppend, ohne Narben, welche Veränderung aus der Confluenz von zwei fünf- und zweimarkstückgrossen Kreisen entstanden ist und eine Achtfigur darstellt. Diese pigmentirte Hautstelle wird von drei concentrischen Ringen umrahmt. Der innerste besteht aus einer rothbraunen, ziemlich dünnen, zähen Kruste, vorwiegend, wie die mikroskopische Untersuchung lehrt aus Epidermiszellen bestehend; dann folgt unmittelbar ein weisslich schimmernder, 2 mm erhabener, beim Anfühlen ziemlich derber Wall von gekerbtem Aussehen; augenscheinlich entstanden aus der Confluenz von tiefsitzenden, linsengrossen Bläschen. Hieran schliesst sich ein 1—2 mm breiter, hellrother Saum, welcher die ganze erkrankte Hautpartie umgiebt und sich von der normalen Haut ziemlich scharf begrenzt.

Um diese Stelle sind, unregelmässig zerstreut, ein Dutzend kleinerer Efflorescenzen, welche, gleich wie die an den Extremitäten sich befindenden drei Typen darstellen:

1. Stecknadelkopfgrosse oder etwas grössere, mit wasserklarer Flüssigkeit gefüllte, mit einer dicken Epidermisdecke überdachte und mit einer hellrothen Areola umgebene Bläschen.

2. Linsengrosse bis erbsengrosse, flache, mit einem deprimirten, bläulichrothen Centrum versehene Blasen, welche sonst genau dem Bilde der kleineren Bläschen, aus denen sie enstanden sind, entsprechen.

3. Fünfpfennigstückgrosse oder etwas kleinere, blaurothe, bei Druck gelblich pigmentirte Flecken ohne Narbenbildung, einige mit Desquamation einer dicken Epidermislamelle, der alten Blasendecke.

Diese Efflorescenzen befinden sich, ausser am Halse, in ziemlich geringer Anzahl und ohne bestimmte Gruppirung an den Hand- und Fussrücken und um die Knöchel herum; in 6—8 Exemplaren an der Beugeseite der Handgelenke und gänzlich vereinzelt an beiden Ellenbogen und dem rechten Knie.

Das linke Knie ist in höherem Maasse und in anderer Weise befallen. Vom Rande der Patella beginnend, erstrecken sich an der Innen- und Aussenseite des Kniegelenkes je eine fünfmarkstückgrosse Gruppe von confluirenden fünfpfennigstückgrossen Efflorescenzen, wovon einzelne nur durch geringe braunrothe Verfärbung sich auszeichnen, andere aber dicke, weissliche, kreisrunde Epidermisscheiben darstellen und kaum etwas Anderes als Decken von eingetrockneten Blasen sein können.

Barthaare und die Kruste der grossen circinären Efflorescenz in der Submentalgegend unterzog ich einer mikroskopischen Untersuchung auf Trichrophyton tonsurans Malmsten oder eventuell einen anderen Schimmelpilz; wie zu erwarten war ohne Erfolg.

In dem Inhalt frischer Bläschen waren mikroskopisch keine Mikroorganismen nachzuweisen. Auch wurde der Inhalt zweier Vesikeln auf Nährgelatine und Agar verimpft, aber sämmtliche Röhrchen blieben bei Zimmertemperatur steril.

Von nun an hatte ich täglich Gelegenheit den Patienten zu beobachten. Es traten noch verschiedene unregelmässige Nachschübe auf, besonders an den bereits befallenen Gegenden mit Ausnahme des Halses. Eines Tages wurden an den Handtellern jederseits 10—15 neu entstandene Efflorescenzen wahrgenommen. An einem anderen Tage bildete sich im Sulco coronario penis, auf die Eichel und das Innenblatt der Vorhaut sich erstreckend, eine typische etwa fünfpfennigstückgrosse flache Blase aus.

Im Verlaufe der einzelnen Efflorescenzen waren folgende Stadien zu beobachten:

1. Mit einem stechenden und juckenden Gefühl, wodurch der Patient sich zu mässigem Kratzen veranlasst sieht, entsteht ein stecknadelkopfgrosser, lebhaftrother, wenig erhabener Fleck.

2. In einer Stunde, während der Fleck sich peripherisch

fortwährend vergrössert, entsteht im Centrum ein glänzendes, derbes Knötchen, oder besser Papulo-Vesikel, welche nach wenigen Stunden in ein deutliches Bläschen sich umgewandelt hat.

3. Das Bläschen vergrössert sich im Durchschnitt, wird dabei etwas flacher und bleibt stets von einem lebhaft rothen Saum umgeben.

4. An den Handtellern wird die Efflorescenz nur linsen- bis kirschkerngross; dann, 6—8 Tage nach dem Entstehen, während der lebhaftrothe Saum blauroth geworden ist, wird der Blaseninhalt gleichmässig resorbirt, nur selten mit einer schwachen Andeutung von centraler, blaurother Depression wie an Blasen an anderen Gegenden ausnahmslos der Fall ist. Hier bildet eine deutliche Irisform sich also nicht aus.

5. An anderen Gegenden breitet der rothe Ring sich peripher aus. Die Blase vergrössert sich ebenfalls, sinkt aber in der Mitte ein. Diese typische Efflorescenz besteht also aus: einem blaurothen, deprimirten Centrum, einem weisslichen, wenig erhabenen Blasenring und einem lebhaft rothen, hyperämischen Hof.

Nun war weiter der gewöhnliche Verlauf dieser, dass der hyperämische Hof blauroth wurde, der Blasenring sich abflachte und eintrocknete mit Hinterlassung eines blau- später braunrothen Fleckes.

Auf den Handrücken entstand bei einzelnen Efflorescenzen in der Mitte der blaurothen Depression ein Bläschen, das nur wenig über Stecknadelkopfgrösse erreichte und nach einem Bestand von 3—4 Tagen verschwand.

Auf beiden Ellenbogen bildete sich eine dreimarkstückgrosse Bläschengruppe von folgendem Charakter aus:

Eine etwa kirschkerngrosse Blase umgeben von confluirenden, stecknadelkopf- bis linsengrosse Bläschen, welche mehr weniger ihre Selbstständigkeit eingebüsst und mit den nachbarlichen sich zu einem breiten, gekerbten Ring vereinigt hatten; am peripher sten ein hellrother, später livider Saum.

Am linken Knie vergrösserten sich die beiden Blasengruppen und kamen auf der Haut oberhalb der Patella mit einander in Berührung; die Blasen hatten alle ungefähr den Durchmesser eines Fünfpfennigstückes.

Nach dem 3. Juni tauchten (bei indifferenter Behandlung mittelst Puderverband) nur noch sehr vereinzelte Efflorescenzen auf und nach dem 8. gar keine mehr. Die Blasen trockneten nach einem wöchentlichen Bestand ein, verloren ihre Decke und zeigten noch einige Zeit eine geringe Pigmentirung.

Dass es sich in diesem Falle nur um die herpetische Form des Erythema multiforme Hebra (Herpes Iris Bateman, Hydroa vésiculeux Bazin) handeln könne, wird später eingehender dargelegt werden. Vorher möchte ich als besonders beachtenswerth folgende Punkte hervorheben.

Die Lokalisation an den Handtellern, welche zwar weniger als die Handrücken, aber doch in bedeutendem Maasse befallen wurden, ist eine ungewöhnliche. Allerdings sind einige wenige Fälle von anderen Formen des Erythema multiforme beschrieben worden, wobei Flachhand und Fusssohle geradezu in eminenter Weise betroffen waren; doch scheint das Mitbefallensein dieser Hautpartien immerhin ziemlich selten zu sein. Wenigstens stellte Behrend[2]) in der Vereinigung der Dermatologen Berlins am 2. Juli 1890 einen solchen Fall vor, und erwähnte dabei eines ähnlichen Falles, welcher eine Dame betraf und von ärztlicher Seite irrthümlich als Syphilis diagnosticirt und behandelt worden war. Bei unserem Kranken boten die Blasen in den Handtellern kaum etwas für Herpes Iris Typisches dar, aber mit einem Syphilid waren sie auf keinem Fall zu verwechseln. Die syphilitischen Bläschen oder blasenartigen Efflorescenzen bilden sich langsamer aus, sind von vornherein mit einem trüben Inhalt gefüllt und besitzen einen blaurothen, derben scharfbegrenzten Infiltrationssaum an der Peripherie. Ausserdem fehlten alle anderen Symptome einer syphilitischen Infection und trugen die anderwärtigen Eruptionen nicht zu verkennende Charaktere eines Herpes Iris. Indess ist es hier vielleicht am Platze, daran zu erinnern, dass Kaposi von einem Wärter berichtet, dessen Herpes Iris et circinatus durch 2 Jahre immerfort Nachschübe macht, und dass er hinzufügt: „Unter solchen Umständen ist das Pigment im Centrum der einzelnen Flecke so intensiv, und die Umwallung derselben so derb, dass man zu dem Irrthum verleitet werden könnte, im Centrum sich involvirende syphilitische Papeln vor sich zu haben."

Ferner wäre darauf hinzuweisen, dass das Vorhandensein einer Efflorescenz in der Eichelfurche zu verschiedenen diagnostischen Irrthümern hätte Veranlassung geben können. Im Anfangsstadium wäre die Verwechslung mit einem syphilitischen Primäraffect nicht unmöglich gewesen; und ebenfalls hätte man, während der Desquamation der Blasendecke, an einen in der Entstehung oder Heilung begriffenen Schanker denken können. Nicht deshalb, weil die Aehnlichkeit mit einer derartigen Affection

---

[2]) Berliner klinische Wochenschrift, 1. Juni 1891.

eine auffallend grosse gewesen wäre, sondern weil wir gewöhnlich geneigt sind, bei Efflorescenzen an den Genitalien, auch wenn sie nichts Typisches darbieten, in erster Linie auf eine venerische oder luetische Erkrankung zu fahnden. Wegen der grossen Wichtigkeit der Sache gestatte ich mir, eine Stelle aus Kaposi's Arbeiten zu citiren. „Wie die Erfahrung zeigt", sagt er[3]), „werden im Grossen und Ganzen die weichen Schanker ganz richtig diagnosticirt. Allein wir dürfen uns nicht verhehlen, dass diese Diagnose nicht in dem Maasse auf einer naturwissenschaftlichen Basis beruht, als man nach der klinischen und physiologischen Specifität des Schankergeschwürs sollte voraussetzen dürfen. Alle angeführten klinischen, pathogenetischen und functionellen Merkmale lassen uns sehr häufig im Stich und sind wir gewissenhaft, so werden wir eingestehen müssen, dass wir nicht selten bei der Diagnose der Schanker uns mit Momenten behelfen, welche mit dem Wesen des Schankers gar nichts zu thun haben, so z. B. die Lokalisation, oder die ganz äusserlichsten Umstände, die Verhältnisse der betreffenden Person, Angaben der Anamnese u. dgl. Ein mit allen Charakteren ausgestattetes Geschwür an den Wangen, ad Nates, am Finger imponirt uns lange nicht so überzeugend als Schanker, wie ein klinisch gar nicht so markirter Substanzverlust, wofern derselbe nur an den Genitalien lokalisirt ist."

Nach der Ausbildung der centralen Delle war das Aussehen der Efflorescenzen am Sulcus coronarius ein der Syphilis papulosa annularis nicht unähnliches. Die Depression in der Mitte hätte für eine centrale Atrophie und die blasige, etwas derbe Circumvallation für einen Papelring imponiren können. Weniger wäre eine Vertäuschung mit einem sogenannten Herpes syphiliticus möglich gewesen, weil die vesiculöse Umwallung eher mit Papeln als mit Pusteln zu verwechseln waren.

Die circinäre Stelle in der Submentalgegend hatte mit dem in Berlin ausserordentlich häufig vorkommenden Herpes tonsurans Vieles gemein, wie es denn auch bekanntlich eine Zeit gegeben hat, wo man den Herpes circinatus als Formation einer Pilzkrankheit, unserer heutigen Mycosis trichophytina, angesehen hat: „Das war vor Allem bei Bateman der Fall, welcher denselben als Porrigo scutulata angeführt und abgebildet hat, und ebenso später noch bei den Franzosen, namentlich Cazenave[4])". Das Abheilen im Centrum und circinäre Weiterschreiten nach der

---

[3]) Deutsche Chirurgie von Billroth u. Lücke. Liefer. II, I. Hälfte, S. 51.
[4]) Kaposi's Lehrbuch, S. 366.

Peripherie, die lamellartigen Börkchen mit einem gekerbten Bläschenring, schliesslich das angebliche Gefühl des Juckens möchte eine Tinea trichophytina vortäuschen; bei genauerem Zusehen aber, war diese Diagnose mit ziemlicher Sicherheit auszuschliessen. Im Centrum fehlte Schuppung und waren die Haare und Haarfollikel gänzlich unverändert; die bläschenartige Umwallung war stärker ausgeprägt als es bei Herpes tonsurans gewöhnlich (aber nicht immer) der Fall ist; in der Umgebung und auf den Gliedmassen befanden sich typische Formen des Herpes Iris; und die mikroskopische Untersuchung auf Schimmelpilze gab einen negativen Befund.

Die Diagnose eines Erythema polymorphe wurde in diesem Falle durch folgende positive Merkmale gesichert. Der geschilderte Verlauf der einzelnen Efflorescenzen, welche an verschiedenen Stellen in reichem Maasse die für den Herpes Iris charakteristischen Formen darboten; das aus unregelmässigen Nachschüben Zusammengesetztsein der Evolutionsperiode; die kurze Dauer und der günstige Verlauf der Erkrankung; das vorwiegend Befallensein der Hand- und Fussrücken und die Symmetrie der Localisation überhaupt.

In der ersten Zeit dürfte man mit der Diagnose eines Herpes Iris nicht zu voreilig sein, und die Prognose nicht zu günstig gestellt werden, denn man musste immerhin bedenken, dass es sich im vorliegenden Falle um einen Pemphigus circinatus handeln könne, der sich unter ähnlichen Erscheinungen nicht selten als Vorläufer eines deletären Pemphigus chronicus foliaceus entwickelt. Indess sprach die kurze Dauer der Entwickelungsperiode und das rasche Ausheilen der betroffenen Hautstellen entschieden gegen das Vorhandensein eines Pemphigus.

Für die Differentialdiagnose kommt nunmehr nur noch eine Krankheit in Betracht, die Dermatitis herpetiformis. An der einen Seite darf man nicht vergessen, dass die Aufstellung dieser Krankheitsform noch sehr jungen Datums ist; dass viele der bedeutendsten, deutschschreibenden Dermatologen, mit Kaposi an der Spitze, meinen, dass das Zusammenbringen der bezüglichen Krankheitsprocesse unter einem Namen mehr schadet als nützt; und dass die Grenzen dieser Duhring'schen Krankheit von den verschiedenen Autoren ziemlich verschieden gezogen werden. Auf der anderen Seite aber, haben die hervorragenden Fachmänner der anderen Länder und von den Deutschen auch Unna, Hebra jr. und Lang sich den Duhring'schen Ansichten mehr oder weniger angeschlossen. Bei der Besprechung unseres

Krankheitsfalles VI möchte ich auf diesen interessanten Gegenstand näher eingehen. Hier sei nur kurz erwähnt, dass auch vom Duhring'schen Standpunkte betrachtet, der beschriebene Fall den Namen Herpes Iris verdient und der Dermatitis herpetiformis nicht zuzuzählen ist. Den Beschreibungen des amerikanischen Forschers[5]) entnehme ich folgende, für unseren jetzigen Zweck genügenden Bemerkungen. Die Efflorescenzen sind bei Dermatitis herpetiformis weniger scharf begrenzt als bei Erythema multiforme; sie bestehen mehr aus in die normale Haut allmählich übergehenden Inflammationsheerden als aus umschriebenen, scharf conturirten Flecken. Der Herpes Iris ist benigner und acuter, obgleich auch hier allerdings Recidive in verschiedenen Intervallen vorkommen können; die Hautstörungen sind weniger intensiven Grades und mit geringeren subjectiven Beschwerden verbunden; die Localisation ist vorwiegend auf den Handrücken; bei Dermatitis herpetiformis mehr an dem Rumpf und den Beugeseiten der Extremitäten.

Diesem Krankheitsfall möchte ich einen anderen von Erythema multiforme mit Blasenbildung anreihen.

Fall II.

Die 33jährige Wittwe Therese S., Schneiderin, kommt am 18. Juni in die Poliklinik mit Klagen über einen Ausschlag im Gesicht und an den Händen.

Die Kranke war als Kind kränklich; im Jahre 1883 will sie eine Gebärmutterentzündung gehabt haben, welche nach einer 3wöchentlichen ärztlichen Behandlung heilte. In den ersten Jahren der Pubertät zeigte sich regelmässig einen Tag vor der Menstruation ein geringfügiger Bläschenausschlag an den Lippen. Im Jahre 1884 heirathete sie und hatte einen Abort, sowie eine normale Geburt; das Kind starb nach 8 Tagen an „Schwäche".

Im Jahre 1885 hatte sie einen Ausschlag an den Streckseiten der Finger und Vorderarme, sowie in sehr geringem Grade an den Fussrücken und im Gesicht. Ein ähnlicher Hautausschlag befiel sie im Jahre 1888. Beide Male war der Bestand ein sehr kurzer, von etwa einer Woche (?). In den letzten 3 Jahren hat sie ab und zu unbedeutende, aber ähnlich gestaltete Eruptionen bemerkt. Ein starker Anfall traf sie 3 Wochen vor

[5]) Für die Differentialdiagnose zwischen Dermatitis herpetiformis und ähnlichen Krankheitsformen ist am wichtigsten ein Vortrag von Duhring, wovon eine Uebersetzung geliefert ist in Monatshefte f. pr. Dermatologie, 1888, S. 158.

Pfingsten, wobei ausser den Vorderarmen auch Augenbrauen, Wangen und Ohren mit vielen Efflorescenzen bedeckt waren. Dann war sie 4 Wochen ganz frei von der Erkrankung, bis sich vor 10 Tagen eine neue Eruption zeigte, welche sich allmählich mehr ausdehnte als die früheren.

Die Anfälle und grösseren Nachschübe waren stets mit Fiebererscheinungen, schlechtem Schlaf, mit Kribbeln und Jucken in den betroffenen Theilen verbunden.

Verdauungsstörungen ebenso wie Gelenkschmerzen fehlten.

Status: Finger- und Handrücken, Ellenbogen und Gesicht sind in hohem Grade, die Streckseite der Vorderarme etwas weniger und die Streckseite der Oberarme und Beugeseite der Vorderarme in viel geringerem Grade von einem erythemato-vesiculösen Ausschlag befallen. Die Haut der sonstigen Körpertheile, auch der Unterextremitäten ist vollständig normal.

Die Haut der Handrücken und des Gesichts ist nahezu auf der ganzen Oberfläche diffus blauroth pigmentirt und fühlt sich ziemlich kalt und ödematös infiltrirt an. Beim Druck verschwindet die cyanotische Verfärbung und zeigt die Haut eine bläulich-gelbe Tingirung. Die Ränder sind auf einigen Stellen deutlich gyrirt, z. T. lebhaft roth, z. T. blauroth und überall durch die Farbe und eine geringe Erhebung von der normalen Haut abgegrenzt. Auf diesem serös-infiltrirten, venös-hyperämischen Boden erheben sich sehr zahlreiche, kreisrunde, stecknadelkopf- bis linsengrosse, tiefsitzende, sich derb anfühlende Bläschen, welche bis höchstens 3 mm über das Niveau hervorragen und mit wenig wasserheller Flüssigkeit gefüllt sind. Hier und dort sind einzelne Bläschen zu unregelmässigen Blasen confluirt.

Auf den Ellenbogen sitzt jederseits ein fünfmarkstückgrosser, wenig erhabener Fleck von gleicher Beschaffenheit wie derjenige auf dem Handrücken, nur findet man statt der zahlreichen Bläschen sehr vereinzelte, kleine, wässerig-schimmernde Vesico-Papeln.

An den Rändern der grossen Flecken (an den Händen ganz wenig auf die Palma übergreifend) und an den anderen betroffenen Hautgegenden befinden sich unregelmässig zerstreut viele discrete, runde, scharf umschriebene Efflorescenzen von verschiedener Grösse. Die kleinsten sind stecknadelkopfgrosse, hellrothe Maculo-Papeln. Die grössten sind fünfpfennigstückgrosse, blaurothe, wenig erhabene Flecke. Diese sind cyanotisch gefärbt mit oder ohne lebhaft rothem Saum; einige zeigen im Centrum eine Vesikel oder bläschenähnliche Erhebung.

Hinsichtlich der Diagnose und der Unterscheidung von

Dermatitis herpetiformis, möchte ich auf das bei Fall I Angeführte verweisen. Die Lokalisation an den Armen war eine sehr typische. Das Freibleiben der Unterextremitäten und das mächtige Befallensein des Gesichtes und ebenso das hinsichtlich der Zeit und der Intensität verschiedenartige Recidiviren ist zwar nicht gewöhnlich aber auch nicht so ganz selten.

Es ist vielfach Sitte, den Namen Herpes Iris auch für solche Formen des Erythema multiforme zu gebrauchen, wo, wie in Fall II, ausser Bläschen (und Blasen) auch erythematöse Flecke (und Knötchen) gleichzeitig an einem Individuum sich vorfinden. Besser wäre es, diesen Namen nur jener scharf markirten Varietät zuzuerkennen, wobei, wie in Fall I, alle Efflorescenzen ausnahmslos sich blasenartig ausbilden. Wenn wir die Brocq'sche Eintheilung des Erythema polymorphe in:

1. E. p. erythemato-papulosum,
2. E. p. vesico-bullosum,
3. Hydroa verum

als die einfachste und meist praktische annehmen, dann würde Fall I der dritten und Fall II der zweiten Varietät zuzuzählen sein.

Was die Ursache der beschriebenen Krankheitsfälle betrifft, so war diese, wie gewöhnlich, nicht zu ermitteln. Welche Noxe veranlasst diese Angioneurosen? Werden die vasomotorischen Centra im Rückenmark direkt getroffen, oder reflectorisch gereizt, oder wirkt die Schädlichkeit unmittelbar auf die peripheren Gefässnerven? Diese Fragen sind fast für alle Fälle einstweilen noch gänzlich unbeantwortet.

Es wäre dem Zeitgeist gemäss und auch am wahrscheinlichsten auf eine Infection, eine bacterielle Ursache zu fahnden. Dafür spricht der cyclische Verlauf, das epidemieartige Auftreten in den Frühlings- und Herbstmonaten, das nicht seltene Recidiviren in derselben Jahreszeit (Typus annuus), der zweifellose Zusammenhang mit Erythema nodosum und Peliosis rheumatica, und die muthmasslichen verwandtschaftlichen Beziehungen dieser Krankheitsformen mit acutem Gelenkrheumatismus.

Zweitens kämen chemische Stoffe in Betracht. Kaposi erwähnt, dass er wiederholt Erythema Iris in Folge von Einreibung mit Unguentum cinereum gesehen hat, möchte aber an einen örtlichen, mechanischen Reiz denken. Ich selbst habe in zwei Fällen der Amsterdamer Universitätsklinik und in einem Falle der Lassar'schen Poliklinik typisches Erythema multiforme bei mit subcutanen Quecksilberinjectionen behandelten Frauen auftreten sehen. Dass Hydrargyrum bullöses toxisches Erythema hervorrufen kann, ist bekannt. Vor Kurzem theilte Besnier in

Petrini's Namen einen Fall von Hydrargyrie bulleuse mit[6]), welche bei einer Frau nach intrauteriner Einspritzung von Sublimat entstanden war; die Eruption war symmetrisch, dauerte einen Monat und endete in Heilung.

Diese Thatsachen sind zwar nicht beweisend dafür, dass chemische Stoffe bei einzelnen Personen Erythema multiforme hervorrufen können, „aber bei einem so gar nicht aufgeklärten Processe dürfen alle Thatsachen wenigstens registriert werden“[7]). Vielleicht dürfte als Analogon noch hingewiesen werden auf die grosse Gruppe der Arzneiexantheme und auf das Entstehen von Urticaria nach der Einführung gewisser Speisen und Stoffe[8]).

Andere Beobachtungen deuten auf einen reflectorischen Reiz hin, welcher besonders von der Genitalsphäre ausgelöst wird. In mehreren Fällen ist Erythema urticatum et Iris bei anatomischen oder functionellen Veränderungen der weiblichen Genitalien constatirt worden. Lewin hat experimentell das Entstehen eines multiformen Erythems durch Erodirung der Urethralschleimhaut hervorgerufen und Kaposi berichtet von einem Herrn, bei dem seit mehreren Jahren bei jedesmaliger Recrudescenz seines chronischen Trippers an beiden Handrücken ein Erythema annulare entstand.

Die Aetiologie des Erythema polymorphe scheint demnach keine einheitliche zu sein.

Die Pathogenese ist nach Kaposi[9]) auch eine verschiedene. Bei Herpes Iris soll eine neuritische Störung den Anstoss zur Entzündung geben, während die anderen Formen des Erythema polymorphe sich durch das Vorwalten einer vasomotorischen Alteration des Gefässtonus auszeichnen sollen. Dieser Erklärungsversuch scheint mir verfrüht.

Im Allgemeinen könnte die Eigenschaft des Herpes Iris, um Bläschen und Blasen zu bilden, auf zweierlei beruhen:

Erstens auf einer Eigenart der Noxe; oder zweitens, was wahrscheinlicher ist, auf einer Eigenart der Gewebe (Nerven, Gefässe, Epidermis, Cutis). Was das Erste anlangt, braucht nur

---

[6]) Annales de Derm. et Syph., 1891, S. 223.

[7]) Kaposi's Lehrbuch, S. 308.

[8]) Mein hochverehrter Lehrer, Professor Pel, diagnosticierte bei einem Herrn das Vorhandensein eines Leberecchinococcus und erhielt bei der Probepunktion ein positives Resultat. Innerhalb einer Viertelstunde wurde der Kranke von einem heftigen Jucken befallen, verursacht durch eine universelle Urticaria. Höchst wahrscheinlich war eine ganz geringe Quantität Ecchinococcenflüssigkeit in die Blutbahn gelangt. Aehnliche Beobachtungen sind auch von Anderen gemacht worden.

[9]) Lehrbuch, S. 202.

an die Application von Vesicantien, Verbrennung und dgl. erinnert zu werden, welche bei jedem Individuum Blasen erzeugen können.

In Hinsicht der zweiten Möglichkeit ist es vielleicht von Interesse, daran zu denken, dass bei einzelnen Personen Blasen hervorgerufen werden durch Ursachen, welche bei anderen entweder keine oder andersgeartete Efflorescenzen auftauchen lassen. Hier sei nur erinnert an Köbner's Epidermolysis bullosa hereditaria; an Urticaria, Lichenruber und viele andere Erkrankungen, welche nur bei wenigen Individuen Blasenbildungen zeigen; an bullöse Eruptionen nach dem Gebrauch von Jodkali, Quecksilber u. s. w.

Im Anschluss hieran möchte ich kurz zwei Krankheitsfälle erwähnen, bei denen der Blasenausschlag die Folge einer nachweisbaren Alteration der Gewebe war.

Fall III.

Dieser Fall betraf einen 26 jährigen Schlosser, der angab vor etwa 10 Jahren den Anfang seiner Krankheit bemerkt zu haben. Diese Krankheit war Scleroderma, in Gestalt der von den Franzosen genannten Sclerodactylie. Hände und Füsse waren am Meisten befallen und der Process kroch augenscheinlich auf Armen und Unterschenkeln allmählich weiter. Die Haut der sonstigen Körpertheile war ganz frei. Der Kranke konnte angeblich noch gut seine Arbeit machen, obgleich die Finger bereits einigermassen in Beugestellung fixirt und die Spatia interossea sehr deutlich vertieft, die Musculi lumbricales und interossei atrophisch waren. Die Fingernägel waren verkümmert, die Nägel fast aller Zehen total atrophirt, so dass auch keine Spur mehr vorhanden war.

Er kam hauptsächlich, um Hilfe zu suchen wegen einer mässig ausgebreiteten Blasenbildung an den Händen. Diese Blasen entstanden nach den geringfügigsten Verletzungen und sassen demnach vorwiegend an dem den Druck der Instrumente und anderen Insulten meist exponirten Stellen. Sie waren wenig verschieden an Grösse und Gestalt, etwa kirschkerngross, rundlich, mit unregelmässigen eckigen Rändern versehen, mässig erhaben, ziemlich prall gespannt und tiefsitzend. Nach Entleerung eines serös trüben, nicht selten etwas sanguinolenten Inhalts trat ein kaum merklich entzündeter Boden zu Tage. Der Sitz einer gesprengten Blase war noch durch Wochen lang an eine tiefe, wie mit einem Hohlmeissel ausgeschlagene Grube in der dicken Epidermis kenntlich.

Die Ursache dieser Blasenbildung könnte durch eine trophoneurotische Störung bedingt werden, wie es überhaupt sehr verlockend ist, das ganze Krankheitsbild als eine trophoneurose aufzufassen. Wir wollen aber die trophischen Nerven, deren Existenz noch immer eine hypothetische ist, ruhen lassen; umsomehr weil das Entstehen von Bullae soviel ich sehe, sehr gut aus den Gewebeveränderungen bei Sclerodermia erklärt werden kann. Höchstwahrscheinlich wird aus späteren Untersuchungen hervorgehen, dass die nachgewiesenen, vielleicht primären[10]) Arterienentzündungen, oder die secundäre Verengerung der Gefässe und Lymphcanäle, oder eine vermuthete, aber nicht nachgewiesene Degeneration der Nerven, oder Alterationen der anderen Gewebstheile, oder schliesslich einige dieser krankhaften Veränderungen zusammen als pathogenetisches Moment zu betrachten sind.

Eine ähnliche Blasenbildung bei Sclerodermie ist in der mir bekannten Litteratur nicht erwähnt. Kaposi[11]) sagt sogar, dass speciell die sensorischen und functionellen Erscheinungen (Secretion, Entzündung bei Variola) an den erkrankten Hautstellen durchwegs normal sind. Mendel[12]) theilt einen Fall mit, wo das erste Stadium die Raynaud'sche Krankheit (locale Asphyxie), das zweite die Morvan'sche (analgetische Panaritien) und das dritte Sclerodermie darbot. Die von uns beobachtete Blasenbildung stimmt also nicht ganz mit Kaposi's Angaben und möchte vielleicht mit Mendel's Mittheilungen in Vergleich gezogen werden.

Fall IV

betraf eine 61jährige Wittwe, die wegen blasenartigen Ausschlages an den Händen in die Klinik aufgenommen wurde. Sie hatte vor 40 Jahren ein gesundes Kind geboren, dann eine Reihe Aborte durchgemacht und nachher wieder einige ausgetragene Kinder, welche aber alle sehr jung gestorben sind, zur Welt gebracht. Andere anamnestische Data, welche auf Lues bezogen werden könnten, liegen nicht vor; auch hat sie nie eine antiluetische Kur durchgemacht.

Vor 5 Jahren hat sie eine Erkrankung an den Händen gehabt, welche ungefähr wie die jetzige sich gestaltet haben soll. Diese Affection dauerte einige Monate und heilte dann nach ärzt-

---

[10]) Deutsche med. Wochenschrift 1890, S. 1020.
[11]) Archiv f. Derm. u. Syph., 1890, S. 899.
[12]) Deutsche med. Wochenschrift 1890, S. 764.

licher Behandlung gänzlich. Seitdem will sie ab und zu einige Bläschen, welche nach kurzer Zeit spontan wieder abheilten, an den Händen gehabt haben.

Die Haut der Hände war fortwährend etwas schuppig, was aber wenig subjective Beschwerde machte, bis vor zwei Wochen Bläschen und Blasen erschienen. Dies war verbunden mit einem juckenden, stechenden Gefühl, schlechtem Schlaf und Fiebererscheinungen. Vor einer Woche sind die Augenlider mit einem Gefühl von Jucken und Spannung roth angeschwollen.

Patientin hat einen dicken Bauch und einen mächtigen Panniculus adiposus; Gesichtshaut und Lippen sind einigermaassen cyanotisch. Die Vorderarme und Hände sind von mässigem Oedem verdickt, und röthlich gefärbt.

Zahlreiche Blasen und Bläschen befinden sich an den Handtellern, Beuge- und lateralen Flächen der Finger und mehr vereinzelt auf den Handrücken. Die Blasen sind rundlich oder häufiger von unregelmässiger Gestalt; die ersten sind höchstens erbsengross, die anderen sind augenscheinlich durch Confluenz von mehreren nachbarlichen entstanden, von länglicher Form und bis über bohnengross. Die Ränder sind nicht schön kreisförmig, sondern unregelmässig gezackt und gezähnelt. Die Decke ist dick und prall gespannt, der Inhalt serös, klar oder gelblich, oder weisslich trübe. Diese Efflorescenzen besitzen einen mehr oder weniger ausgesprochenen, blaurothen Hof. Zwischen den Blasen zeigen sich auf der Haut Krusten und Schuppen in mässiger Menge. Die Nägel sind rauh von tiefen Längsfurchen durchzogen.

Bis auf die Mitte des Vorderarms sind plateauartige, blaurothe, nicht scharf umschriebene Flecke, welche bei Druck sich nur zum Theil entfärben; ausserdem ist die ganze Haut dieser Gegend schuppig.

Die Axillardrüsen sind geschwollen und schmerzhaft.

Die Haut der Augenlider und der nächsten Umgebung ist leicht geröthet, feinschuppend und ödematös infiltrirt.

An dem rechten Fuss besteht ein altes Ulcus von glänzender, glatter, pigmentirter Haut umgeben.

Unter Behandlung mit Puder und Paste heilten die alten Blasen ab und traten neue nicht auf. Die Affection verwandelte sich in ein nässendes und schuppendes Ezcem.

Auf den ersten Blick war diese fremdartige Blaseneruption nicht sofort zu erkennen. Bei genauerer Betrachtung aber konnte die Diagnose mit ziemlicher Sicherheit auf Eczem gestellt werden, was dann durch den Verlauf bestätigt wurde.

Die Ursache dieser Erkrankung wird hauptsächlich in der schlechten Blutcirculation gesucht werden müssen, wodurch die Ernährung der Gefässwände und sonstigen Gewebe beeinträchtigt wird. Die Eczeme werden dann gern chronisch, bullös und treten in continuirlichen Nachschüben auf. Dass es in unserem Falle auch um eine chronische Affection sich handelte, wurde durch die gefurchte Beschaffenheit der Nägel noch näher bestätigt.

Fall V.

Margarethe P., Arbeiterkind, 5 Jahre alt, wird am 18. Juni von der Mutter in die Poliklinik gebracht. Die Anamnese ergiebt, dass die Eltern gesund sind.

Das Kind ist zwar immer ziemlich zart gebaut und von bleichem Aussehen, aber, mit Ausnahme einer Masernkrankheit, stets gesund gewesen.

Vor etwa 12 Wochen zeigte sich ein geringer Ausschlag an den Füssen, Unter- und Oberschenkeln und Nates: bestehend aus einigen verschieden grossen, meistens kleinen blutrothen Flecken mit wenigen Blasen untermischt. Dabei war die Kleine unruhig, zeigte geringeren Appetit, fieberte wahrscheinlich ein wenig und klagte über Schmerzen an den Fuss- und Kniegelenken. Andere Störungen wie Diarrhöen, Blutungen aus den Schleimhäuten, wurden nicht wahrgenommen. Die Flecke bildeten sich allmählich zurück, und die Blasen hinterliessen nach dem Platzen und der Entleerung einer etwas blutig tingirten Flüssigkeit einen roth gefärbten Boden, welcher dieselben Pigmentveränderungen durchmachte wie die Flecke. Jedoch entstanden fort und fort vereinzelte, gleichgeartete Efflorescenzen an den befallenen Partien und auch an den Armen. So dauerte der Zustand fort, bis vor etwa 9 Tagen die bis da sehr wenig zahlreichen Efflorescenzen sich bedeutend vermehrten.

Status: Patientin hat gracile Knochen, dünne Muskulatur, ein ziemlich geringes Fettpolster und eine auffallend bleiche Hautfarbe, die sichtbaren Schleimhäute sind blass. Zeichen von Rachitis oder Scrophulose sind nicht vorhanden.

Auf dem Fussrücken, an den Knöcheln und auf der Tibia befindet sich ein unregelmässig zusammengedrängtes, bunt aussehendes Exanthem mit ebensoviel oder etwas mehr normaler Haut dazwischen. Bei genauer Betrachtung zeigt das Exanthem sich aus folgenden zum Theil discreten, öfter weniger confluirenden Hauptformen zusammengesetzt.

a) Einzelne Petechiae und gebogene Vibices mit viel zahl-

reicheren an der Peripherie verzackt endigenden Ecchymosen von verschiedener Grösse (bis dreimarkstückgross) und Farbe (röthlich, grünlich gelb, bläulich, gelbbraun). Sie überragen nicht das normale Hautniveau und fühlen sich nicht als derbe Knoten an. Sehr wenige blassen bei Druck etwas ab und sind also zum Theil hyperämisch, zum grösseren Theil hämorrhagisch.

b) Einige zerstreute hämorrhagische Knötchen, deren Spitze die Mündung eines Haarfollikels entspricht, ragen wie die Papelchen bei Cutis anserina etwas über das Hautniveau empor. Die meisten sind von einer schmalen hämorrhagischen, selten hyperämischen Areola umgeben.

c) Bläschen und Blasen, wenig zahlreich, aber von verschiedenster Grösse und Gestalt. Sie sind alle ziemlich schlapp und besitzen eine etwas runzlig aussehende, mässig dünne Decke; ihr Inhalt ist serös mit geringer hämorrhagischer Beschaffenheit; die Ränder sind unregelmässig gebuchtet. Nach dem Platzen zeigt sich der Boden stark bläulichroth pigmentirt und blasst bei Druck nicht ab. Auf dem linken Fussrücken sitzt die mächtigste, bohnengrosse Bläse, deren Peripherie an den meisten Stellen unmittelbar in die normale Haut übergeht. Die anderen blasenartigen Efflorescenzen sind fast alle von einem unregelmässigen hämorrhagischen Hof umgeben.

An den Fusssohlen befinden sich drei oder vier kleine hämorrhagische Infiltrate.

An der Beugeseite der Unterschenkel, an den Oberschenkeln und an den Ellenbogengelenken sieht man zerstreute Blutflecke von verschiedenem Alter.

Ad nates sind die Efflorescenzen gehäuft, aber kennzeichnen sich dadurch, dass sie mehr discret und von annähernd kreisrunder Gestalt sind. Viele sind aus Blasen entstanden, wie aus der noch anwesenden, geborstenen, lamellenartigen oder zersetzten Decke hervorgeht.

Die anderen Körperstellen: Hände, Brust, Bauch, Rücken, Kopf sind vom Exanthem in keiner Weise befallen. Zunge, Zahnfleisch u. s. w. zeigen weder Verfärbung noch Entzündung.

Dass dieser Fall eine Purpura rheumatica vorstellt, wird sichergestellt durch das Auftreten von Hauthämorrhagien in unregelmässigen Nachschüben, die Localisation, die Gelenkschmerzen und die Störungen im Allgemeinbefinden.

Vom Morbus maculosus Werlhofii s. Purpura hämorrhagica unterscheidet er sich hauptsächlich durch das Fehlen von Blutungen aus den Schleimhäuten; vom Erythema nodosum dadurch,

dass die Efflorescenzen nicht als derbe bei Druck schmerzhafte Knollen sich anfühlen; vom Erythema multiforme durch den mächtigen Blutaustritt in Gestalt von Vibices, Petechien und Ecchymosen.

Indess sind einige Puncte von Interesse.

Erstens das Vorkommen von kleinen blutigen Papeln, welche bei Purpura rheumatica nicht selten fehlen. Es ist bekannt, dass diese Knötchen allein auftreten können und dass die Erkrankung dann als Lichen lividus Willan s. Purpura papulosa Hebra aufgeführt wird. Sie kommen bei cachektischen Individuen vor.

Dann zeichneten sich einige Flecke dadurch aus, dass sie bei Druck ein wenig abblassten. Aber das Vorhandensein von Blasen war gewiss die auffallendste Erscheinung. Diese beiden Symptome könnten den Gedanken nahe legen, dass es sich hier um eine Mischform von Purpura rheumatica und Erythema polymorphe handle. Denn es ist eine bekannte Thatsache, dass diese Krankheiten in nicht ganz seltenen Fällen mit einander und auch mit Erythema nodosum, sogar mit Urticaria an einem Individuum vorkommen können. Allein ich möchte in diesem Falle das Bestehen eines Erythema multiforme nicht annehmen. Denn es war keine einzige für diese Krankheit typische Efflorescenz aufzufinden. Die Blasen zeigten nie circinäre oder Irisform, die Decke war dünn und platzte, der Rand auch der kleineren war immer sehr unregelmässig. Dann waren die Handrücken vollkommen von Efflorescenzen frei.

Schliesslich ist Blasenbildung in einigen Fällen von Purpura gangraenosa beschrieben. Auch diese lag hier nicht vor, denn es fehlten sowohl gangränöse Stellen als auch Narbenbildung.

Ich möchte diesen Fall also mit dem nicht präjudicirenden Namen Purpura rheumatica bullosa bezeichnen.

Fall VI.

Paul D., 41 Jahr, Fabrikarbeiter kommt am 20. Juni in die Poliklinik mit Klagen über einen sehr heftig juckenden Hautauschlag.

Anamnese. Eltern, Geschwister und Kinder des Patienten sind gesund; nur ist ein Kind wegen Ohrenfluss operirt worden. Von früheren Krankheiten weiss er nur anzugeben, dass er mit dem 10. Jahre „Nervenfieber und Lungenentzündung“ hatte und in den späteren Jahren dreimal an Gelenkrheumatismus litt, das letzte Mal vom Mai bis October 1890. Er wurde damals

mit verschiedenen Mitteln eingeschmiert und gebrauchte 18 russische Bäder innerhalb 6 Wochen; diese Behandlung betrachtet er als Ursache seiner Hauterkrankung, welche im October vorigen Jahres zum ersten Male auftrat. Mit heftigem Jucken erschienen an den Füssen Blasen, und an den Fussgelenken, welche zu jener Zeit noch rheumatisch waren, verloren sich, der Aussage des Kranken nach, die Schmerzen mit einem Schlage. Der Blasenauschlag verbreitete sich von den Füssen an allmählich über den ganzen Körper. Nach 3 bis 4 Monaten war die Krankheit geheilt. Vor etwa 14 Tagen trat der Ausschlag nach einer ganz freien Periode von wenigen Monaten von Neuem auf, erst an dem Stamm, bald darauf auch an den Extremitäten. Erst befällt den Kranken ein Frösteln, dann ein Gefühl von Wärme mit Jucken, Stechen und Kribbeln verbunden, welches ihn veranlasst heftig zu kratzen. Dann wird die Haut roth und es entstehen Blasen. Der Genuss von Bier soll die Anfälle stärker auftreten lassen. Der Schlaf ist wegen des Juckens und des Hitzegefühls sehr gestört.

Status: Der Kranke ist ein ziemlich kräftiger und musculöser Mann mit geringem Fettpolster. Er sieht etwas bleich, aber sonst gesund aus und macht den Eindruck ziemlich nervös zu sein. Die Haut des Stammes ist nur an wenigen Stellen normal, fast überall bunt pigmentirt und rauh. Die Verfärbung ist wenig intensiv und wird verursacht durch meist undeutlich begrenzte und in einander greifende Flecke. Die durch ihre etwas stärkere Tingirung und schärfere Umgrenzung ausgezeichneten Kreise zeigen verschiedene Nüancirungen einer rothen Grundfarbe mit bläulichem, violettem und bräunlichem Nebentone; sie sind fünfpfennigstückgross oder etwas kleiner und nahezu kreisrund; ihre Ränder sind von sehr unregelmässigen Epidermisfetzchen umfranzt; einige wenige sind mit äusserst dünnen, gelben Krüstchen bedeckt, oder sind in geringerem Grade nässend. Diese Maculae stellen offenbar den Boden von durch Kratzen und Reiben mit den Kleidern gesprengten Blasen vor. Zwischen diesen Secundäreffloreszenzen erkennt das Auge ausser Kratzerosionen, allmählich Kreise und Kreistheile von ähnlicher Beschaffenheit, welche aber abgeblasst sind, zu bräunlichen und gelben Stellen mit wenig markirten Rändern.

Auf dem Gesicht sitzen vier kleinere braunrothe Flecke, welche aus linsengrossen Bläschen hervorgegangen sein sollen. Auf dem behaarten Kopfe befinden sich zwei kleine Stellen, welche mit hämorrhagischen Börkchen bedeckt sind.

Die Arme sind von einem symmetrischen, lebhaftrothen Ery-

them befallen, das an der Beugeseite der Oberarme diffus sich darstellt, an der Beugeseite der Unterarme aus grösstentheils zu Gyris confluirenden grösseren Flecken und einzelnen markstückgrossen Kreisen zusammengesetzt ist. Diese Kreise und Gyri sind nicht scharf abgegrenzt; an der Peripherie sind sie gezähnelt dadurch, dass unregelmässige, verschieden grosse Ausläuferchen des Erythems in die normale Haut eindringen. An den Streckseiten der Arme befinden sich einzelne erythematöse Flecke von unbestimmter Gestalt. Das Erythem ist nicht über das Hautniveau erhaben und schwindet bei Druck gänzlich. Hier und dort, bei den diffuseren Flecken unregelmässiger, bei den gyrirten mehr figurähnlich auftretend, sieht man Erhabenheiten, von kaum wahrnehmbarer bis zur Linsengrösse. Die kleinste, welche man auch im Centrum der 4 oder 5 markgrossen, erythematösen Kreise findet, sind kaum fühlbar, schimmern aber bei schief auffallendem Lichte. Die grösseren sind deutliche Vesikeln, haben eine mässig dicke Decke und fühlen sich ziemlich derb an; ihre Ränder sind nicht genau kreisförmig, sondern etwas gezackt.

Die Füsse sind besonders um die Knöchel von ähnlichen Efflorescenzen befallen, welche auf unregelmässigen, vielleicht etwas gyrirt begrenzten Erythemflecken auftauchen.

An den Beinen befinden sich in geringer Anzahl und unregelmässig zerstreut linsengrosse oder etwas grössere Bullae von einem schmalen, rothen Hofe umgeben, und blau- bis braunrothe Flecken von gleichem Umfang.

An den Fusssohlen zeigen sich 4—5 tiefsitzende, stecknadelkopfgrosse Bläschen. Die Handteller sind frei, ebenso die Schleimhäute.

Von nun an hatte ich fast täglich Gelegenheit, den Kranken zu beobachten. Es zeigten sich noch einige Nachschübe von erythematösen Flecken, worauf sich Bläschen, seltener Blasen bildeten. Kein Theil der Haut blieb ganz verschont; auch Genitalien und Handteller wurden befallen. Die Erythemflecke verschwanden in 1—2 Tagen und hinterliessen an den befallenen Stellen nichts als einzelne Vesikeln mit einem schmalen, rothen Hofe, welcher dann nach weiteren 2—3 Tagen verschwand. Grössere Blasen wurden von dem Kranken zerkratzt oder zerdrückt; die kleineren blieben oft längere Zeit bestehen, besonders in den Handtellern, wo sie nur stecknadelkopfgross waren und sehr tief sassen. Ausnahmsweise wurde der Inhalt einzelner linsengrosser Blasen trübe, dünneitrig. Kein einziges Mal sah ich auf unveränderter Haut Vesiculae oder Bullae auftauchen;

wohl kam es vor, dass die vorhergehende erythematöse Veränderung nur eine geringe Ausdehnung erreichte.

Nach einer dreiwöchentlichen Behandlung wurden die Anfälle bedeutend geringer und erreichten die Vesikel niemals mehr die Grösse einer Bulla.

Wenn wir die Ansicht Kaposi's bezüglich der bullösen Hauterkrankungen einen Augenblick ganz zu den unsrigen machen, und also Duhring's Arbeiten über diesen Gegenstand als ungeschrieben betrachten, so wäre der vorhergehende Krankheitsfall nur als Pemphigus pruriginosus zu diagnosticiren. Für die Differentialdiagnose wären dann nur in Betracht zu ziehen: Erythema polymorphe vesico-bullosum, Urticaria bullosa und medicamentöse Hautausschläge.

Gegen die Annahme eines Erythema polymorphe sprach Vieles. Die Heftigkeit und universelle Ausbreitung der Eruption, das schnelle und spurlose Verschwinden des Erythems, das vorwiegende Befallensein des Stammes, die grössere Ausbreitung an den Beugeseiten im Gegensatz zu den Streckseiten der Extremitäten, das Fehlen einer nach wenigen Stunden entstehenden, cyanotischen Verfärbung und Einsenkung des Centrums der Einzelefflorescenzen, die mehr weniger unregelmässige Gestalt derselben, das heftige Jucken[13]).

Eine Verwechselung mit Urticaria bullosa war in diesem Falle deshalb nicht möglich, weil Quaddeln fehlten. Es kommt aber vor, dass diese Differentialdiagnose zu den schwierigsten gehört. Das Vorkommen von quaddelartigen Erhebungen, welche ohne Blasenbildung involviren, ist nicht entscheidend; denn Kaposi giebt an, dass Urticaria als Vorläufer und als Begleiter des Pemphigus auftreten kann. Dies geschieht entweder so, dass über den Körper zerstreut zahlreiche Erythemformen in Combination mit Urticaria erscheinen und dass über einzelne Quaddeln Pemphigusblasen sich entwickeln, während der grösste Theil des Erythems wieder schwindet, oder aber es kommen consequent nur einzelne Urticariaquaddeln, und nur an solchen Stellen sodann auch Blasen. Ob in solchen Fällen das Erzeugen von Urticaria factitia und das Vorhandensein einer nur

[13]) Erythema urticatum s. Lichen urticatus ist die einzige Form des Erythema polymorphe, welche intensiven Pruritus hervorruft. Sie ist aber nicht zu verkennen wegen der „zierlichen Bilder von linsen- bis pfennig-grossen Flecken, deren Centrum ein Blutbörkchen trägt, worauf dann eine blaurothe und eingesunkene, von einem rothen erhabenen Saum umfasste Area folgt.“ (Kaposi.)

mässigen Anzahl von Blasen, wie von anderer Seite angegeben wird, als beweisend für Urticaria bullosa anzusehen ist, scheint mir zweifelhaft zu sein.

Ein ätiologisches Moment für eine medicamentöse Hauteruption war nicht zu eruiren. Auch möchte der Verlauf und die Dauer der Krankheit eine solche Deutung der Erscheinungen wenig nahelegen.

Die Diagnose Pemphigus pruriginosus wäre hiermit per exclusionem sichergestellt; sobald wir aber die Dermatitis herpetiformis mit in Betracht ziehen wollen, wird die Sache eine ganz andere. Wegen der grossen Meinungsverschiedenheiten scheint es geboten, diesen Gegenstand etwas ausführlich zu besprechen.

Als Duhring im Jahre 1884 die Aufstellung eines neuen Krankheitsbildes, der Dermatitis herpetiformis, veröffentlichte[14]), waren ihm auf diesem Gebiete schon Pioniere vorangegangen. Denn von verschiedenen Seiten war früher bereits das Bedürfniss gefühlt worden, solche vesiculösen und bullösen Krankheitsbilder, welche nicht in dem Rahmen mehr weniger scharf definirter Dermatosen passten, auf die eine oder andere Weise zu classificiren. Bazin[15]), (der leider noch zu sehr in der Diathesenlehre verstrickt war, um Hebra's klarere Ansichten vollkommen würdigen zu können), hatte einige dieser Erkrankungen unter dem Namen Arthritides bulleuses beschrieben. Ausserdem war er der Erste, welcher den Terminus Hydroa gebrauchte. Er unterschied drei Formen des Hydroa: Hydroa vésiculeux, dessen Begriff mit dem Herpes Iris Bateman sich deckt; Hydroa vacciniforme, eine schlecht definirte Gruppe; und Hydroa bulleux, das nichts Anderes als die bullöse Varietät der Duhring'schen Krankheit darstellt. Der Name und der Begriff des Hydroa wurde von manchen französischen, englischen und amerikanischen Dermatologen angenommen, von der Wiener Schule aber grösstentheils ignorirt. Dann war es hauptsächlich Tilbury Fox, der das Studium des Hydroa aufnahm und unter diesem Namen verschiedene Krankheitsfälle beschrieb, welche im Allgemeinen mit den leichteren und acuteren Formen der Dermatitis herpetiformis übereinstimmen.

Auch Auspitz und H. v. Hebra[16]) haben vor Duhrings erster Publikation auf das Bestehen derartiger, nicht oder unrichtig classificirten Krankheitsformen aufmerksam gemacht.

---

[14]) Amer. Journ. of med. Science 1884, S. 391. Newyork med. Journ. 1884, S. 562.

[15]) Brocq l. c. H. Radcliffe Crocker Diseases of the skin. London 1888.

[16]) Monatsb. f. pr. Dermat. 1889, II, S. 243.

Duhring hat dann in kühner und geistvoller Weise versucht, viele bis dahin unter sehr verschiedenen Namen aufgeführte, proteusartige Krankheitsbilder zu einer in sich abgeschlossenen Gruppe zusammenzubringen. Ob der Versuch gelungen ist, ist bis jetzt schwer zu entscheiden. Kaposi hat oft und energisch, und noch vor Kurzem[17]) seine Stimme dagegen erhoben; aber andere vielerfahrene Dermatologen sprechen sich zu Gunsten der Duhring'schen Ansichten aus. Auf alle Fälle ist man verpflichtet, der neuen Anschauungsweise sehr ernsthaft Rechnung zu tragen.

Wenn man eine, sei es auch kurze Darstellung, von der Dermatitis herpetiformis geben will, so ist es unumgänglich nothwendig, einer ausserordentlich fleissigen Brocq'schen Arbeit[18]) Erwähnung zu thun, worin dieser die Duhring'schen Publikationen einer tiefeingehenden Kritik unterzogen hat. Denn Brocq hat die vielgestaltige Krankheit mit ihren verschiedenen Abarten genauer beschrieben und die Grenze schärfer markirt.

Von den deutschen Dermatologen hat Unna[19]) sich eingehender mit diesem Gegenstand beschäftigt und vorgeschlagen, die Krankheit mit dem Namen Hydroa zu belegen. Seine Definition der Dermatitis herpetiformis lautet: Ein chronisches, das Allgemeinbefinden nicht erheblich beeinträchtigendes Nervenleiden der Haut, welches nach verschieden langen, freien Intervallen zu regelmässig wiederkehrenden, mit brennenden und juckenden Empfindungen einhergehenden, mehr oder weniger universellen Ausschlägen führt, die einen erythemato-bullösen Grundtypus, vielfach modifizirt zur Anschauung bringen.

Also müssen als zur Duhring'schen Krankheit gehörend betrachtet werden: Hydroa bulleux Bazin und Hydroa Tilbury Fox; Herpes gestationis Milton und Bulkley, dem auch der Herpes circinatus bullosus Wilson zuzuzählen ist; viele Fälle des Pemphigus pruriginosus.

Unser Krankheitsfall scheint mir sehr gut in dem Rahmen der Dermatitis herpetiformis zu passen, denn er zeigt folgende von Brocq für diese Krankheit als pathognomonisch bezeichnete Haupteigenschaften:

1. Die Krankheit war recidivirend.
2. Die Hautparaesthesien waren sehr heftig.

---

[17]) Archiv f. Dermatologie u. Syphilis 1891, S. 154.
[18]) Uebersetzt in Monatsh. f. pr. Dermat. 1888, S. 625, 687, 841. — 1889, I, S. 172, 224, 263, 463, 506. — 1889, II, S. 20, 69.
[19]) Monatshefte f. pr. Dermatologie, 1889, II, S. 97.

3. Der Ausschlag zeigte einen polymorphen Charakter[20]). Er bestand aus erythematösen, z. T. mehr weniger abgerundeten und einigermassen in Gruppen geordneten Flecken, aus Vesikeln sehr verschiedener Grösse und aus Bullae; mit den Folgezuständen: einzelnen Bläschen- oder Blasenpusteln[21]), Borken, bräunlichen Maculae.

4. Der Allgemeinzustand des Kranken hat wenig gelitten.

Ausser diesen vier Cardinalsymptomen, möchte ich noch darauf aufmerksam machen, dass, wie Duhring für charakteristisch angiebt, die Bläschen und Blasen zwar von rundlicher Form, aber mit unregelmässigen eckigen Umrissen versehen waren. Dass die Blasen und Bläschen ziemlich tief sassen, ist vielleicht von keinem besonderen Interesse, denn ich finde diese Eigenschaft weder bei Duhring noch bei Brocq erwähnt.

Nun wäre schliesslich noch zu entscheiden, zu welcher Varietät der Duhring'schen Krankheit unser Fall zu zählen sei. Duhring selbst hat eine nicht sehr wesentliche Eintheilung in Dermatitis erythematosa, papulosa, vesiculosa, bullosa und pustulosa gemacht, wovon die letztere als identisch mit der nicht zur Dermatitis herpetiformis gehörigen Impetigo herpetiformis gestrichen werden muss.

Unna, der die Krankheit als Hydroa aufführt, möchte vier Unterarten annehmen: Hydroa grave, benignum, graviditatis und puerorum.

Brocq hat in seiner jüngsten Arbeit[22]) eine Gruppe von polymorphen Dermatiden aufgestellt mit folgender Eintheilung:

I. Dermatitis polymorpha acuta.

---

[20]) Die Vielgestaltigkeit der Eruption braucht nicht während eines und desselben Anfalles sich zu manifestiren; sie kann auch in den verschiedenen Ausbrüchen zu Tage treten, so z. B., dass jedesmal eine andere Eruptionsform sich zeigt; in einem solchen Falle ist die Diagnose erst bei dem ersten oder folgenden Recidiven mit Sicherheit zu machen.

[21]) In Duhring's Publikationen spielen die Pusteln als Primäreffloreszenzen eine grosse Rolle. Es scheint mir aber, dass Unna mit der Bemerkung Recht hat, dass die Pusteln hier immer secundär sein dürften. Mit dieser Vorstellung Duhring's steht, wie ich glaube, in Zusammenhang, dass er sich hat verleiten lassen, eine Krankheit, welche sich durch die Eruption von Primärpusteln charakterisirt, die Impetigo herpetiformis Hebra s. Herpes vegetans Auspitz, seiner Dermatitis herpetiformis unterzuordnen. Dass er hiermit zu weit gegangen ist, haben Kaposi und Brocq nachgewiesen und hat Duhring selbst zugegeben in seinem Brief an den Pariser Congress im Jahre 1889. Noch möchte ich darauf hinweisen, dass die englischen und amerikanischen Autoren das Wort „pustule" weit häufiger gebrauchen, als wir das Wort „Pustel". So sprechen sie häufig von Urticaria pustulosa, statt U. bullosa u. s. f.

[22]) Referirt in Monatsh. f. pr. Dermatologie, 1891.

II. Dermatitis polymorpha dolorosa.

a) D. p. d. acuta.

b) D. p. d. chronica recidiva (à poussées successives.)

c) D. p. d. graviditatis recidiva.

IIc. Ist identisch mit Herpes gestationis Milton und Hydroa graviditatis Unna und wird allgemein der Dermatitis herpetiformis untergeordnet.

IIb. Wurde früher von Brocq etwas anders n. l. Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives genannt. Diese ist die Duhring'sche Krankheit. Die Bezeichnung ist zu kurz für eine Definition, aber, wie Brocq von Anfang an ausdrücklich gesagt hat, zu lang für einen Namen.

Wie es sich ergiebt, ist die Eintheilung der Dermatitis herpetiformis noch sehr wenig festgestellt, so dass ich nicht versuchen werde, diesen Krankheitsfall noch genauer zu classificiren, wozu ausserdem auch noch eine längere Beobachtungszeit erforderlich wäre.

Die Ursache der Dermatitis herpetiformis wird gesucht in einer Neurose der Haut; für die Schwangerschaftsform wäre an eine reflectorische Störung vom Uterus her zu denken. Für die anderen Formen ist die Aetiologie, wie in unserem Falle, noch dunkel.

Fall VII.

Der blinde Salomon G. früher Kaufmann, 26 Jahre alt, wird von seiner Frau wegen einer chronischen bullösen Hautkrankheit in die Poliklinik geführt.

Eltern, Geschwister und 2 Kinder im Alter von 3 und 4 Jahren sind gesund, ein jüngeres Kind ist an einer unbekannten Krankheit gestorben. Der Kranke war früher stets vollkommen gesund. Im Winter 1887—1888 bemerkte er eines Morgens eine wunde Stelle am rechten Ellenbogen. Er glaubte, sich an dem Ofen, an dem er schlief, (er wohnte bis vor einigen Monaten in Russland) verbrannt zu haben. Die Wunde verheilte in wenigen Tagen ohne Narbe. Aber an den Armen, Beinen und etwas später auf dem Rücken und anderen Körpertheilen schossen auf unveränderter Haut einzelne Blasen empor. Am Tage arbeitete er im Geschäft und fühlte sich ganz wohl, aber Nachts hatte er ein sehr unangenehmes Gefühl von „Hitze im Blute“ und war der Schlaf unruhig. Bald hier, bald dort tauchten Blasen auf, welche bald platzten und heilten; Jucken fehlte gänzlich. Nach einigen Monaten entstanden keine frischen Blasen mehr, so dass der Kranke sich genesen glaubte. Jedoch

bereits nach 2 Monaten fing das Leiden wieder an. Salben halfen nichts, aber Arsenpillen schienen einen günstigen Einfluss zu haben, denn der Ausbruch verringerte sich und hörte während 8 Tagen gänzlich auf. Der Ausschlag blieb während der ersten zwei Jahre gutartig, ohne grosse subjektive Beschwerden und zwar überall zerstreut aber nicht stark. Dann wurde dem Kranken eine subcutane Sublimatinjectionskur zu Theil, wie er glaubt mit sehr schlechtem Erfolge. Denn bald darauf bemerkte er, dass die Blasen mit Jucken, Stechen und Brennen auf gerötheter Haut auftauchten, was früher niemals, nachher stets der Fall war. Auch nahmen die Blasen an Zahl zu und wurden Mund, Rachen, Ohren und Augen auch von der Krankheit befallen. Er wurde allmählich ganz blind.

Die Blasen waren in den verschiedenen Zeiten von sehr verschiedener Grösse, angeblich von einer Linse bis zu einem Hühnerei. Im letzten Jahre waren sie gewöhnlich ziemlich klein und schlaff. Keine Hautstelle soll von dem Ausschlage frei geblieben sein, mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen.

Status: Der Kranke ist von kleinem, ziemlich gutem Körperbau, hat eine nur mässige Muskulatur und ein dünnes Fettpolster. Sein dicker und langer Haarbusch ist zu einer Plica polonica verfilzt und wimmelt von Pediculis; jedes Haar ist mit Ovulis besetzt.

Vom Kopf bis zu den Füssen ist die Haut durch geringe Pigmentationen und feine Zerfetzung verändert. Nur die Flachhände und Fusssohlen und kleine Stellen an Stirne, Wangen und Nase sind normal.

Abgesehen von einigen Kratzeffekten, sieht man überall meist sehr undeutlich begrenzte Scheiben von Linsen- bis Markstückgrösse, von allen möglichen Farbennüancirungen zwischen bläulich- und braunroth, gelblich und schmutzig braun variirend. Die bestbegrenzten sind blauroth, der Kreis- oder Ellipsoidform sich nähernd und am Rande von Hornzellenschichtfranzen umrahmt. Dass sie Blasen ihre Entstehung verdanken, wird noch dadurch bestätigt, dass am Bauch und Rücken 4—6 sehr matsche, in dem abhängenden Theile eine kleine Menge dünneitriger Flüssigkeit enthaltende Blasen von etwa Bohnengrösse sich befinden.

Ueberall fühlt die Haut sich rauh an und sieht aus, als wären zu verschiedenen Zeiten bald hier bald dort Blasen geplatzt, wovon die Spuren in Pigment und kleine Hornschichtfetzchen noch nicht verschwunden waren, als wieder neue, zum Theil auf den früher bereits betroffenen Stellen, aufgetaucht und nachher auch geplatzt waren.

Die Lidspalte beider Augen ist beträchtlich verengt durch Verwachsung der Conjunctivae bulbi und palpebrarum; die Cornea ist vascularisirt; die Lichtempfindung sehr gering.

Auf der Mundschleimhaut, besonders auf der Zunge befinden sich mehrere, rundliche, linsengrosse, und etwas grössere z. T. erodirte, z. T. graubelegte, schmerzhafte Stellen.

Der Kranke wurde täglich mit Bädern u. s. w. behandelt und es zeigten sich nur noch ganz vereinzelte, schlappe Blasen bis zum 22. Mai. Von diesem Tage an bis jetzt wurde die Eruption bedeutend heftiger. Besonders auf dem Stamm entstanden lebhaft rothe flache Papeln, woraus in 1—2 Stunden linsen- bis erbsengrosse Blasen, oft sehr dicht nebeneinander gestellt und mehr weniger confluirend, mit dünner Decke, wasserklarem Inhalt, durchschimmerndem rothem Boden und ganz schmalem rothem Hofe hervorgingen. Das Auftreten der quaddelartigen Papeln war immer von heftigem Stechen, Brennen und Jucken begleitet.

Fall VIII.

Fräulein H., 23 Jahre alt, befindet sich seit Juni 1888 in der Lassar'schen Klinik.

Der Vater ist an „Herzerweiterung und Gehirnerweichung" gestorben, die Mutter ist gesund; 8 Geschwister leben und sind gesund.

Die Kranke hat als Kind Flechte gehabt, will sonst niemals krank gewesen sein. Die jetzige Krankheit hat bereits vor 16 Jahren angefangen. Eines Tages hat sie sich in den rechten Zeigefinger geschnitten und bemerkte einige Stunden später ein stechendes Gefühl und bald darauf Blasenbildung an dem Rücken der verletzten Hand, nach wenigen Tagen auch in der anderen Hand. Drei Jahre lang war die Eruption nur auf die Hände und Vorderarme beschränkt; dieselbe zeigte sich dann an den Füssen und später auf dem ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes und Gesichtes, welche stets frei blieben. Doch waren Hände und Füsse immerhin die am meisten befallenen Stellen.

Bei stärkeren Ausbrüchen war das Allgemeinbefinden etwas gestört und war der Schlaf durch brennende und stechende Schmerzen sehr beeinträchtigt; Jucken war nicht damit verbunden. Eine Ursache für das zeitliche Auftreten ausgebreiteter Eruptionen weiss die Kranke nicht anzugeben. Häufig hat sie geringe Kopfschmerzen, welche sich vor einem Ausbruch etwas steigern sollen.

Die Kranke ist klein, von einem kräftigen Körperbau, hat

einen dicken Panniculus adiposus und ein gesundes, sogar sehr blühendes Aussehen.

Die Blasen treten zu 5—20 gleichzeitig an derselben Hautpartie auf, also gruppenweise, aber ohne mehr weniger regelmässige Figuren zu bilden. Gewöhnlich ist der Verlauf folgender: Unter mässigem Gefühl von Stechen und Brennen, was bei Druck etwas stärker wird, entstehen stecknadelkopfgrosse, sehr wenig erhabene, lichtgeröthete Fleckchen, welche innerhalb einer Viertelstunde blasig werden. Die Haut zwischen den Blasen zeigt sich dann auch diffus geröthet. Die Bläschen wachsen sehr schnell und haben nach einer halben Stunde ihren vollen Umfang erreicht; sie sind dann erbsengross, einzelne nachbarlichen können confluiren. Sobald die Blasen zur Grösse einer Erbse oder etwas mehr gewachsen sind, platzen sie sofort an allen Stellen mit Ausnahme der Palma und Planta.

Nach dem Platzen ist die befallene Hautparthie diffus roth und mit gelblich serösen Tröpfchen bedeckt.

Die Blasen in den Flachhänden werden jedesmal durch Stich geöffnet, entleeren dann einen wasserklaren Inhalt und zeigen einen leichtgerötheten Boden; während 2—3 Tagen quillt aus der Stichöffnung eine geringe Menge Flüssigkeit hervor.

Die betroffenen Stellen sind noch einige Zeit in geringem Grade bläulich und bräunlich pigmentirt, und verschwinden dann spurlos. Die Haut der fortwährend befallenen Gegenden, seit längerer Zeit vorwiegend Vorderarme und Hände, fühlt sich rauh an.

Die Ausbrüche verringerten sich in der letzten Zeit einigermaassen, vielleicht in Folge von subcutanen Arseninjectionen.

Fall IX.

Benno S., 3 Jahre alt, Cigarrenmacherkind, ist der jüngste von 5 Geschwistern, welche ebenso wie die Eltern gesund sind.

Der Knabe war stets bleich und wenig kräftig, aber nicht kränklich. Im vorigen Herbst entstand ein Blasenausschlag in der Genitalgegend und an den Armen. Die Blasen hatten einen Bestand von einer Woche und länger und wurden dann zu dünnen Krusten. Aber fortwährend schossen neben den alten Blasen frische auf. Die Eruption dauerte etwa 2 Monate und heilte dann vollständig unter Application einer Zinksalbe.

Aber 14 Tage später tauchten wieder Blasen auf an den früher betroffenen Stellen und auch an den Füssen. Zinksalbe zeigte sich nutzlos, aber nach 2—3 Monaten hatte Arsen einen

scheinbaren Erfolg, denn während des Gebrauches dieses Mittels stellte sich wieder eine freie Periode ein, diesmal von einer Woche. Weil die Blasenbildung unter verschiedentlicher Behandlung nicht nachliess, brachte die Mutter den kleinen Kranken am 4. Mai in die Lassar'sche Poliklinik.

Status: Der Knabe ist von schwächlichem Körperbau, der Schädel ist rhachitisch gestaltet, die Muskulatur ist dünn und schlaff, das Fettpolster gering, die Haut bleich und blaugeadert, die sichtbaren Schleimhäute blass. Das Gesicht hat einen leidenden und verdriesslichen Ausdruck.

Der Kranke ist an den Extremitäten und der Genitalgegend von einer auffallend symmetrischen Hauterkrankung befallen; die sonstigen Körpertheile sind von weisser, zarter Haut bedeckt.

Das unterste Viertel der Vorderarme und die Handrücken sind von grossen Blasen bedeckt, welche so nahe neben einander gestellt sind, dass nur schmale Streifen violett- bis braunrother Haut sie von einander scheiden. Die Blasen sind stark gewölbt, ziemlich prall gespannt, sitzen oberflächlich und haben Grösse und Gestalt von Mandeln und Kirschen. Einige sind mit klarer, andere mit gelblich weissem, einzelne mit hämorrhagischem Inhalt gefüllt.

Eben solche Gebilde erheben sich an den Handtellern und den Fingern, aber weniger dicht gehäuft.

An Ellenbogen, Füssen, einigen symmetrischen Stellen der Unter- und Oberschenkel, in den Inguinalfalten, am Scrotum und Präputium penis befinden sich confluirende röthliche Maculae, welche an der Peripherie scharf von der normalen Haut abgegrenzt sind. An einzelnen dieser Stellen befindet sich eine bohnengrosse Blase.

Unter Behandlung mit Oelumschlägen und weisser Paste verbesserte sich in wenigen Wochen der Zustand bedeutend. Dass diese symptomatische Therapie auf den eigentlichen Krankheitsprocess keinen Einfluss hatte, ging daraus hervor, dass unter den Verbänden fortwährend frische Blasen auftauchten. Die Nachschübe wurden aber weniger intensiv. Der kleine Kranke erholte sich in bedeutendem Maasse, das ganze Aussehen besserte sich und das Gesicht bekam einen lebhafteren Ausdruck.

Die drei Krankheitsfälle VII—IX, so verschiedenartig sie auch sind, müssen doch sämmtlich dem Pemphigus chronicus zugezählt werden. Sie charakterisiren sich durch die bullöse Form der Efflorescenzen und den chronischen Verlauf der Erkrankung: und sie passen nicht in den Rahmen einer sonstigen

Krankheit. Für die Differentialdiagnose mit Dermatitis herpetiformis möge die Verweisung nach dem Gesagten bei Fall VI genügen.

Ehe ich versuche, die einzelnen Fälle noch näher zu classificiren, scheint es mir erwünscht, den Begriff und die Vertheilung des Pemphigus chronicus kurz zu besprechen.

Nach Hebra, der bekanntlich die Existenz eines acuten Pemphigus in Abrede stellte, ist der Pemphigus eine Krankheit, bei welcher in chronischer Aufeinanderfolge fort und fort neue Blasen in spontaner Weise auftreten und bei welcher die Dauer des Processes eine unbestimmte Zeit in Anspruch nimmt; wenn der Process bereits verschwunden, treten nach Wochen und Monaten wieder neue Eruptionen auf und spielt derselbe Vorgang wie früher sich ab.

Kaposi, der auch jetzt noch der Annahme eines Pemphigus acutus ziemlich sceptisch gegenübersteht, hat seinen Standpunkt hinsichtlich des Pemphigus chronicus zum wiederholten Male scharf definirt. In den letzten Jahren hat er auf Grund einer sehr grossen Erfahrung die Einheitlichkeit dieser Krankheit befürwortet. Er meint, dass je mehr Fälle man gesehen hat, man um so inniger von der Zusammengehörigkeit und Identität aller Pemphigusformen überzeugt sein muss. Er hält dafür, dass sie alle (abgesehen von P. neonatorum, infantum, contagiosus und acutus, ebenso vom Verhältnisse des Schleimhautpemphigus) einen klinischen Process vorstellen. Denn „man kann in zahlreichen Fällen die abwechselnde oder die der Intensitätsscala entsprechende Entwicklung all dieser Formen und Varianten an einem Individuum beobachten; in den ersten Eruptionsperioden Pemphigus mit grossen, schönen Blasen, in der nächsten P. solitarius mit hühnereigrossen, vielleicht hämorrhagischen Blasen, nach der nächsten Remissionsperiode kleinste Blasen mit vielen Urticariaquaddeln und heftigstem Jucken — P. pruriginosus — dann wieder einmal durchweg oder untermischt P. circinatus, schliesslich allerdings P. cachecticus oder foliaceus und Schluss des Drama[23])".

Nach der Erscheinungs- und Verlaufsweise der Blasen möchte er zwei Kategorien unterscheiden: einen P. vulgaris und einen P. foliaceus, nicht etwa wie z. B. Lupus vulgaris und Lupus erythematodes, sondern mehr wie Lupus maculosus, Lupus exulcerans u. s. f.

---

[23]) IX. Congr. f. inn. Med. Wien, 1890. — V. Arch. f. Dermat. und Syphil. 1890, S. 880 u. 1891 S. 154.

Andere Autoren gehen noch weiter. So scheint Soltmann[24]) fast alle Formen des Pemphigus neonatorum in den Begriff des Hebra'schen Pemphigus einschieben zu wollen, denn er sagt: „Die heterogenen Erscheinungen während des ganzen Verlaufes der Erkrankung lassen es zweckmässig erscheinen, einen Pemphigus idiopathicus und symptomaticus zu unterscheiden. Der erstere entspricht im Wesentlichen dem Pemphigus vulgaris der Erwachsenen, kommt vorzugsweise bei Neugebornen vor, verläuft meist gutartig (Pemphigus benignus) und endet fast stets in kurzer Zeit (Pemphigus acutus) günstig. Er tritt zuweilen in epidemischer Verbreitung auf und scheint dann contagiös zu sein (Pemphigus acutus contagiosus).

„Hiervon zu trennen ist der im Kindesalter sehr seltene Pemphigus idiopathicus foliaceus, der bösartig, nach langer Dauer stets zum Tode führt und ganz der gleichnamigen Erkrankung Erwachsener entspricht.

Der Pemphigus symptomaticus verläuft subacut oder chronisch, kommt nur bei geschwächten, heruntergekommenen Kindern in den ersten Lebensjahren zur Beobachtung und endet meist mit dem Tode (Pemphigus cachecticus malignus)."

Behrend[25]) glaubt die Dermatitis exfoliativa neonatorum, wovon er eine von Ritter von Rittershain beobachtete Epidemie mittheilt, mit Pemphigus foliaceus identificiren zu sollen.

Auf der anderen Seite aber wollen namhafte Dermatologen, wie Brocq und Unna den Pemphigus chronicus nicht als eine einheitliche Krankheit auffassen, sondern ihn vielmehr betrachten als einen „mythischen Topf", worin verschiedene Dermatonosen zusammengeworfen sind. Wie die Dermatitis herpetiformis, so werden, nach der Meinung dieser Autoren, auch andere gut definirte Erkrankungen allmählich hinaus gehoben werden.

Erstens sind selbstverständlich Pemphigus syphiliticus und leprosus völlig vom Pemphigus chronicus zu trennen. Die Blasen bei Syphilis sind von vornherein eiterig und verdienen daher den Namen Pustel; diejenigen bei Lepra lassen glänzende, narbige, anästhetische Stellen zurück. Diese Krankheitsformen unterscheiden sich also, wenn man Ursache und Verlaufsweise mit in Betracht zieht, in klinischer Hinsicht so beträchtlich vom Pemphigus chronicus, dass es besser sein dürfte, sie als pemphigoide Syphilide resp. Lepride aufzuführen.

Zweitens würde man gut thun, alle acuten und contagiösen

---

[24]) Eulenburg, Real-Encyclopädie, in voce: Pemphigus neonatorum.
[25]) Vierteljahresschr. f. Derm. u. Syphil. 1879, S. 191.

Erkrankungen, welche sich durch bullöse Eruptionen manifestiren, einstweilen scharf von Pemphigus chronicus zu trennen. Contagiosität ist beim eigentlichen Pemphigus niemals constatirt worden; der sogenannte Pemphigus contagiosus neonatorum verläuft in einigen Wochen fast immer mit Heilung, und spätere Recidive werden hierbei nicht beobachtet; die Aetiologie dieser Krankheit ist, wie ich bei Fall X—XII nachweisen werde, wahrscheinlich eine ganz andere.

Der nicht contagiöse Pemphigus acutus ist selten bei Kindern, nur ausnahmsweise bei Erwachsenen beobachtet worden. Er soll ganz nach Art der acuten Infectionskrankheiten verlaufen und innerhalb 1—2 Wochen letal oder mit vollständiger Heilung endigen. Obgleich also der Verlauf ganz anders ist als bei Pemphigus chronicus, wäre es doch nicht unmöglich, dass die gleiche Ursache für beide Krankheitsprocesse vorliegt, nach Analogie der klinisch so weit auseinandergehenden Formen der Tuberculose z. B. Für die Identität der Krankheitserreger bei Pemphigus chronicus und Pemphigus acutus scheint eine Thatsache zu sprechen, nämlich die Angabe Dähnhardt's, dass er bei einem Fall der erstgenannten Krankheit einen Coccus constatirt hat, welcher mit demjenigen von Demme, bei einem acuten Pemphigusfall gefundenen, wahrscheinlich identisch sein soll. Ich möchte aber kurz darauf hinweisen, dass eine solche Auffassung vorläufig kaum die Spur eines wissenschaftlichen Beleges für sich hat.

Demme[26]) beobachtete einen sehr heftigen Fall von Blasenausschlag auf Haut, Mund und Afterschleimhaut, mit sehr hohem Fieber und tödtlichem Verlaufe. Es gelang ihm in dem Blaseninhalte constant, im Blute und Harn während Fieberanfällen Bacterien nachzuweisen und in Reinculturen zu züchten. Es waren Mikrococcen von 0,8—1,4 μ im Durchmesser, welche vorwiegend als Diplococcen von 1,8—3,0 μ Länge und ganz vereinzelt als Triplococcen auftraten. In Lungen von Versuchsthieren gebracht, erzeugte die Reincultur Bronchopneumonie.

Dähnhardt[27]) theilt mit, dass eine marantische, 72jährige Frau, 2 Monate nach einer gelungenen Operation wegen Perityphlitis von einem juckenden, papulösen Ausschlage, (den er Prurigo nennt) befallen wurde. Nach einem Jahre zeigte sich eine Blaseneruption. Die Kranke starb 11 Monate später an Marasmus. Er fand im Blaseninhalte und Blute Diplococcen

---

[26]) Verh. des Congr. f. inn. Med. V, 1886, S. 336.
[27]) Deutsche med. Wochenschr. 1887, S. 711.

von 1—1,5 μ Durchmesser, welche bei der Züchtung den von Demme gefundenen nicht unähnlich waren.

Ich begnüge mich mit diesen sehr kurzen Angaben, aus welchen schon zur Genüge erhellt, dass diese Untersuchungen viel zu unvollständig sind, um zu etwas mehr als Vermuthungen Recht zu geben. Es ist sehr fraglich, erstens, ob die gefundenen Bacterien als Krankheitserreger zu betrachten sind, und zweitens ebensowenig erwiesen, dass der Demme'sche und der Dähnhardt'sche Micrococcus etwas mehr als einige sehr wenige und nicht sehr wesentliche Punkte gemein haben. Es ist nicht zu vergessen, dass viele Forscher, wie die Italiener Bizzozero, Bordoni-Uffreduzzi, das Vorkommen von vielen Mikroorganismen in normaler Epidermis constatirt haben.

Vorläufig scheint es mir geboten, Pemphigus acutus infantum und adultorum besser unter dem Namen Febris bullosa aufzuführen. Bei der grossen Seltenheit der Erkrankung wäre vielleicht die Frage berechtigt, ob es sich nicht in einigen dieser Fälle um einen Pemphigus pyaemicus oder sonstigen symptomatischen Pemphigus[28]) handeln könne.

Schliesslich sind von den als Pemphigus bezeichneten Krankheiten, welche mehr chronisch verlaufen, zwei als besondere Formen aufzufassen. Von der ersten, der Dermatitis herpetiformis, war vorher bereits die Rede; von der zweiten, dem Pemphigus vegetans, möchte ich einige Worte sagen.

Diese von Neumann zuerst beschriebene Krankheit ist zwar höchst selten beobachtet, hat aber in allen, unzweifelbar hierhergehörigen Fällen einen sehr typischen Verlauf. Die Efflorescenzen sind mit Vorliebe lokalisirt auf Mundschleimhaut, Lippen, in der Genitalgegend und Achselhöhle. Sie bestehen aus concentrisch fortschreitenden Blasen, woraus durch Wucherung condylomatöse Excrescenzen sich bilden, oder auf der Schleimhaut verharren als Erosionen und graue Beläge. In durchschnittlich 3 Monaten endigt die Krankheit letal[29]). Sie macht gänzlich den Eindruck einer Infectionskrankheit und ist vom gewöhnlichen Pemphigus so verschieden, dass Hebra und Neumann die ersten Fälle irrthümlich als Syphilis cutaneus vegetans s. fram-

---

[28]) Z. B. eine medicamentöse Blasenerkrankung, welche in einzelnen Fällen, z. B. nach Jodkaliumgebrauch, hoch febril und letal verlaufen kann.

[29]) Von verschiedenen Seiten wird dies bestritten, weil Fälle von Pemphigus mit Bildung condylomatöser Excrescenzen beobachtet sind, wobei der Verlauf weniger deletär war. Diese Fälle wären aber vorläufig von Pemphigus vegetans auszuschliessen. (Vergl. Müller in Monatsh. f. pr. Dermatologie 1890, II, S. 427.)

boesia syphilitica diagnosticirten. Aus all diesem geht hervor, dass es besser sein dürfte, diese eigenthümliche Blasenkrankheit nicht als eine zu Pemphigus vulgaris malignus gehörige Form (Kaposi), oder als eine Varietät des Pemphigus foliaceus (Lesser) aufzufassen. Sie verhält sich, meiner Ansicht nach, bezüglich des Pemphigus chronicus etwa wie Eczema marginatum, oder Impetigo contagiosa hinsichtlich des Eczems. Unna schlägt vor, den Namen Erythema bullosum vegetans zu gebrauchen.

Wenn die vorhergehenden Betrachtungen nicht unrichtig sind, dann wäre damit der Begriff des Pemphigus chronicus in nicht unbedeutendem Grade enger begrenzt. Für die Prognose ist die geschilderte Trennung von Interesse. Denn während die Prognose für Erythema bullosum vegetans absolut schlecht, für Dermatitis herpetiformis im Gegentheil quoad vitam günstig zu stellen ist, ist die Vorhersage für Pemphigus chronicus erst nach sehr langer Beobachtungsdauer, und selbst dann noch mit weniger Sicherheit zu machen.

Fall VII ist in der jetzigen Periode als Pemphigus diutinus[30]) pruriginosus, Fall VIII als Pemphigus diutinus benignus, Fall IX als Pemphigus vulgaris (benignus oder malignus ist einstweilen noch nicht zu sagen) zu bezeichnen.

Von den Ursachen des Pemphigus chronicus ist wenig bekannt. Vor einem Jahre sagte Kaposi bei dem Wiener Congress für innere Medicin[31]): „Neurotisch veranlasster Pemphigus existirt — keine Frage. Aber in der überwiegend grossen Zahl von Fällen ist eine neurotische Störung ganz ausgeschlossen . . . Von manchen Formen bekommt man dagegen den Eindruck, als wenn es sich um eine Infection von aussen her handeln würde. Das sind die Fälle von Pemphigus vegetans. Wir, richtiger ich, wissen über die Ursache des Pemphigus (vom neurotischen abgesehen) nichts."

Die Mehrzahl der Autoren glaubt eine neurotische Grundlage annehmen zu müssen. In einigen Fällen sind anatomische Veränderungen constatirt worden, in anderen konnte ein Zusammenhang zwischen tiefgreifenden psychischen Ursachen und Krank-

---

[30]) Die Bezeichnung „diutinus" hat nicht bei allen Autoren die gleiche Bedeutung. Die meisten (Willan, Hebra, Kaposi) gebrauchen sie für Fälle, wo die Ausbrüche continuirlich oder nur mit äusserst kurzen Intervallen auftreten, auch wenn es sich um sehr benignen Formen, z. B. jahrzehntelangen Pemphigus solitarius handelt. Andere (Crocker) aber wollen mit diesem Namen nur maligne Formen, wobei die Nachschübe nahezu oder gänzlich ununterbrochen und in sehr zahlreichen Efflorescenzen auftreten, belegen. Ich schliesse mich den erstgenannten an.

[31]) Archiv f. Dermat. u. Syph. 1890, S. 880.

heitsausbruch constatirt werden, in wieder anderen war der Pemphigus von hysterischen Zuständen herzuleiten, sofern diese in Anomalien der weiblichen Sexualfunktionen beruhen. Dann kommen bekanntlich bei verschiedenen Entzündungen oder andersartigen Störungen des Nervensystems mitunter Bläschen- und Blasenausschläge zu Stande.

Alle diese Thatsachen beweisen, dass es Pemphigusfälle giebt, welche auf trophoneurotischer Basis beruhen. Vielleicht wären hierzu auch zu zählen die seltenen Fälle, wobei nach einem Trauma, z. B. Hundebiss, Pemphigus entsteht: man könnte denken an einen psychischen Shok oder einen reflectorischen Vorgang, aber auch an eine Infection.

Zwar liegt es näher bei Febris bullosa an eine bacteritische oder andersgestaltete organische Ursache zu denken; aber eine solche ist bei Pemphigus chronicus von vornherein gewiss nicht als unmöglich zu betrachten. Vielleicht könnten die Lepra mit ihren bekannten und die Syphilis mit ihrem unbekannten Krankheitserreger als analoge langwierige und vielgestaltete, mit Hauteruptionen einhergehende Krankheiten herbeigezogen werden; besonders die Lepra, deren Contagiosität nicht entgültig bewiesen ist. Nur bieten die wenigen, bis jetzt veröffentlichten Bacterienbefunde nicht die geringste Stütze für eine solche Annahme. Ich möchte hier noch kurz erwähnen, dass ich in Fall IX aus dem Inhalte frischer Blasen Coccen in Reincultur gewinnen konnte, welche auf Agar und Gelatine gezüchtet, nicht vom Staphylococcus pyogenes aureus zu unterscheiden waren. Der Blaseninhalt zeigte mikroskopisch, nach Färbung mit verschiedenen Mitteln, einzelne Eiterkörperchen mit kleinen Bacterienhäufchen. Ich hatte nicht Zeit diese Untersuchung weiter zu verfolgen.

Henoch[32]) hält dafür, dass verschiedene im Blut kreisende, deletäre Stoffe, die gerade bei den Infectionskrankheiten sich am Leichtesten bilden, im Stande sind, unter mehr oder weniger heftigen, bisweilen sogar tödtlichen Allgemeinsymptomen, vielfache Blaseneruptionen zu produciren, die entweder mit einem Anfalle von 2—6 wöchentlicher Dauer abschliessen oder sich unter dem Bilde des chronischen Pemphigus auch Monate und Jahre lang in verschiedenen Intervallen wiederholen können. Hiermit einigermaassen übereinstimmend ist die Ansicht Tommasoli's, der Leukomainen, welche sich in den lebendigen Gewebszellen bilden, als genetisches Moment betrachten möchte.

---

[32]) Charité-Annalen, XIV, S. 610.

Auch ist in einigen Fällen Nierenerkrankung gleichzeitig mit Pemphigus beobachtet worden, wie z. B. vor Kurzem bei zwei Pemphiguskranken der Schweninger'schen Klinik[33]).

Was unsere Fälle anlangt, so ist in ätiologischer Hinsicht vielleicht von Interesse:

In Fall VII die hochgradige Verläusung, welche entweder durch die fortwährende Reizung der Hautnerven, direkt oder reflectorisch zu neurotischer Blasenbildung Anlass gegeben haben kann; oder durch Eröffnung der Lymphbahnen Eingangspforten für eine unbekannte Noxe darzustellen vermochte. Indess liegen in der Litteratur keine ähnlichen Angaben vor und ist die genannte Möglichkeit immerhin sehr hypothetisch.

In Fall VIII war ein unbedeutendes Trauma vorangegangen. Kaposi[34]) theilt eine ähnliche Krankengeschichte mit, welche eine Wärterin betraf. Sie hatte am Nagelfalz des rechten Mittelfingers sich mittelst eines eisernen Nagels geritzt, die Ritzwunde dann mit Jodoform verbunden. Wenige Tage darauf erschienen an der Dorsalfläche des Mittelfingers unter Vorangehen von Brennen, Blasen, einige Tage darauf welche über dem Handrücken, dann über der Streckseite des Handwurzelgelenkes und schliesslich an den verschiedensten Körperstellen. Kaposi bezeichnet diesen Fall als Pemphigus neuroticus hystericus s. neurotraumaticus.

Was die Therapie betrifft, so möchte ich nur Einiges sagen, bezüglich des Gebrauches von Quecksilber und Arsen. Eine antisyphilitische Kur, welche leider nicht selten eingeleitet wird, gewöhnlich um ex juvantibus et nocentibus die Diagnose klar zu machen, hat fast immer viel geschadet. Bei den Fällen vom Neumann'schen Pemphigus vegetans ist dies nicht selten constatirt worden. In unserem Falle VII deutet die Anamnese auch darauf hin.

Dem von Hutchinson zuerst empfohlenen Arsen wird von einigen Seiten eine geradezu specifische Wirkung zugeschrieben, während Andere gar keinen therapeutischen Effect von diesem Mittel gesehen haben. Es möchte vorsichtig angewandt, immerhin noch eines Versuches werth sein; zumal die symptomatische Behandlung, so werthvoll sie auch ist, nur die Folgen bestreiten kann und den eigentlichen Krankheitsprocess unbeeinflusst lässt.

Fall X.

Elisabeth N., 15 Tage, Brauerkind, wird am 14. Mai von der Grossmutter in die Ambulanz gebracht.

---

[33]) Matschke, Dissertation. Berlin 1890.
[34]) Archiv. f. Dermat. u. Syph. 1890, S. 879.

Sie ist das erste Kind von zwei jungverheiratheten, angeblich gesunden Eltern. Sie kam ausgetragen zur Welt und wurde von der Mutter, in den letzten Tagen ausserdem mit verdünnter Kuhmilch genährt.

Als das Kind 7—8 Tage alt war, entstanden ohne bekannte Ursache einige wenige Blasen in der Inguinalgegend und am behaarten Kopfe; das Allgemeinbefinden war nicht gestört, Fieber wurde nicht bemerkt, Appetit und Verdauung blieben nach wie vor vorzüglich. In den nächstfolgenden Tagen schossen auf kleinen rothen Flecken im Gesicht, auf dem behaarten Kopfe, am Halse, am Bauche, auf der Brust nach einander sehr viele neue Bläschen und Blasen auf, anfangs mit wasserklarer dann milchig werdender Flüssigkeit gefüllt. Die Blasen nahmen nach dem Entstehen noch etwas an Umfang zu; viele öffneten sich spontan oder durch Reiben und entleerten einen dünn eitrigen Inhalt.

Die Mutter soll seit 4 Tagen ein wenig fiebern; vor etwa 5 oder 6 Tagen ist auf der Brust der Mutter eine Blase erschienen, welche derjenigen des Kindes ähnlich gesehen und nach kurzem Bestande sich zu einer Borke umgewandelt hat.

Status: Das Kind sieht gesund und wohlgenährt aus, hat ein mässig dickes Fettpolster, normale Diaphysenenden, schnüffelt nicht und zeigt während der Untersuchung guten Appetit.

Auf dem behaarten Kopfe befinden sich etwa 30 von linsen- bis höchstens fünfpfennigstückgrosse, runde, von gesunder Haut umgebene Stellen; zum Theil schlaffe, mit dünner Decke versehene, mit weisslich durchscheinender Flüssigkeit gefüllte und mit rothem schmalem Saum umgrenzte Blasen, zum Theil mit den Haaren verklebte, gelblich-grüne, bröckelige Krusten.

An der linken Ohrmuschel sind zwei stecknadelkopfgrosse Bläschen und im linken Gehörgang eine kleine dünne Kruste.

Auf Stirn und Wangen sind vereinzelte, meist nur kleine Bläschen, Krüstchen und runde, blaurothe Pigmentationen.

Nase, Oberlippe und Kinn sind bedeckt mit zusammenhängenden, grünlich-gelben Krusten, so dass an der Oberlippe gar keine, an Nase und Kinn nur wenige und kleine Hautinseln von normaler Beschaffenheit gesehen werden.

Der Hals ist überall intertriginös geröthet, doch sind viele ovale, oder kreisrunde, etwas intensiver rothgefärbte, wenig nässende Stellen zu erkennen.

Die Rückenhaut zeigt sich ganz normal mit Ausnahme einer kreisrunden, thalergrossen, bläulich-rothen, wenig nässenden, am Rande mit Fetzchen der Hornzellenschicht umfransten, nur mit der Stachelschichte bedeckten Stelle.

Auf Schultern, Brust und Bauch befinden sich zahlreiche linsen- bis zehnpfennigstückgrosse, der Hornzellenschicht beraubte Kreise und einige wenige mit milchigtrüber Flüssigkeit gefüllte Blasen.

An den Inguinalfalten ist das Verhalten wie am Halse. In der Analfurche sind zwei blaurothe, narbenfreie Maculae. Nates und Genitalien sind frei. Auch die Extremitäten sind nicht vom Exanthem befallen, mit Ausnahme der medialen und Vorderseite des oberen Drittels der Oberschenkel, wo wenige Blasen zerstreut stehen und des rechten Zeigefingers, wo eine die ganze Rückenseite des letzten Gliedes und zum Theil den Nagel bedeckende grüne, zarte, ovale Kruste sich befindet.

Therapie: Pulvis talci auf dem Körper, Thymolölverband auf dem Kopfe und Gesichte.

20. Mai. Alle Blasen sind verschwunden und neue nicht entstanden. Die Krusten auf der behaarten Kopfhaut und dem Gesichte sind zum Theil abgeweicht und man sieht an diesen Stellen blassblaue, rothe, mit junger Epidermis bedeckte Kreise, ohne jede Spur von Narben.

Fall XI.

Frieda S., 15 Tage alt, wird am 27. Juni von der Mutter nach der Poliklinik gebracht. Sie ist das erste Kind; Aborte sollen nicht vorangegangen sein, Eltern angeblich gesund.

Am 3. Tage nach der Geburt enstand eine Blase am Kinn, bald darauf mehrere im Gesicht und an verschiedenen Körperstellen. Ueber eine Ursache weiss die Mutter nichts anzugeben.

Das Allgemeinbefinden war nicht merklich gestört, namentlich zeigten sich keine Veränderungen im Appetit und der Verdauung.

Das Kind ist von gutem Körperbau und besitzt ein mässiges Fettpolster. Schleimhäute und Haut sind icterisch gefärbt.

Die Haut des ganzen Körpers, besonders des behaarten Kopfes, des Gesichtes, des Halses, der Arme, der Glutäal- und Inguinalgegend zeigt eine Eruption von zum Theil aggregirten, zum Theil discreten Efflorescenzen: Blasen und deren Folgezuständen. Die Einzeleffloreszenzen kennzeichnen sich durch dieselben Eigenschaften, welche bei Fall X erwähnt sind, sodass ich auf eine genauere Beschreibung verzichte.

Handteller und Fusssohlen sind nicht vom Ausschlage befallen; nur befindet sich an der Ulnarseite der rechten Hand ein markstückgrosser, grösstentheils seiner Decke beraubter Blasenrest, welcher sich zum Theil auch auf die Vola erstreckt.

In früheren Zeiten war man allgemein der Ansicht, dass Blasenausschläge bei Neugeborenen immer auf congenitaler Syphilis zurückzuführen seien. Noch im Jahre 1854 betrachtete Diday solche bullöse Hauterkrankungen bei Säuglingen zwar nicht als ein mit anderen Syphiliden gleichwerthiges Exanthem, aber er war der Meinung, dass sie nur auf luetischem Boden entstehen könnten. Charles Lee[35]) beschreibt im Jahre 1870 einen zur Autopsie gekommenen Fall von, wie mir nahezu sicher erscheint, Pemphigus contagiosus neonatorum bei einem zweifelsohne syphilitischen Kinde und vertheidigt im Anschluss daran seine Ueberzeugung, dass ein jeder Pemphigus bei Neugeborenen rein luetischer Natur sei.

Sauvages war der erste[36]) der, allerdings nicht nach eigenen Beobachtungen, das Bild des Pemphigus acutus als eine specifische Krankheit aufstellte. Obgleich das Bestehen dieser Krankheit als ein Morbus sui generis nachher von dem grössten der Dermatologen, Hebra, in Abrede gestellt wurde, ist es jetzt von fast allen Autoren anerkannt[37]).

Ja es giebt mehrere Aerzte, welche zwei ganz verschiedene Arten von Pemphigus neonatorum unterscheiden und zwar:

1. Eine Febris bullosa, welche eine ausserordentlich seltene, ganz nach Art der acuten Infectionskrankheiten und oft letal verlaufende Erkrankung darstellt; und 2. der viel gutartigere und weniger seltene Pemphigus contagiosus.

Die Fälle X und XI gehören unzweifelhaft zu dem letztgenannten Krankheitstypus, welcher sich durch folgende Kennzeichen charakterisirt.

a) Es treten durch Abhebung der obersten Epidermisschichten Bläschen und Blasen auf, welche einen Bestand von Stunden oder Tagen haben und dann entweder eintrocknen und Krusten bilden oder nachdem die Decke gesprengt ist einen rothen, wenig nässenden Boden zu Tage treten lassen.

b) Das Exanthem besteht ausschliesslich aus Bläschen, Blasen und ihren Folgezuständen; ist also nie combinirt mit anderen Primäreffloreszenzen.

c) Durch unregelmässige Nachschübe der Blasenruption, dauert die Erkrankung von einer bis mehreren Wochen.

d) Das Allgemeinbefinden ist in der Regel wenig oder gar nicht gestört.

---

[35]) Amer. Journ. of Syph. and Dermat. 1870, S. 205.

[36]) Hebra in Virchow's Pathol. und Therapie, S. 572.

[37]) Henoch (Charité-Annalen 1889, S. 610) hat nie Ansteckung gesehen und glaubt, dass es eine specifische Krankheit Pemphigus acutus gar nicht giebt.

e) Die Krankheit ist sehr ansteckend, so dass sie gewöhnlich in kleinen Epidemien oder Endemien auftritt. Je jünger ein Kind ist, um so mehr ist es für das Contagium empfänglich. In mehreren Fällen ist Uebertragung auf die Mutter oder Amme in einer oder weniger Blasen auf der Brust oder im Gesicht constatirt worden.

Für die Differentialdiagnose sind besonders von Interesse: Febris bullosa, Pemphigus syphiliticus, Pemphigus chronicus, Erythema bullosum, Urticaria bullosa, Varicella bullosa, Impetigo contagiosa, welche wir nach einander betrachten wollen.

Febris bullosa s. pemphigosa.

Ueber diese Krankeit, welche auch bei Erwachsenen vorkommt und von Vielen als Pemphigus acutus neonatorum oder adultorum bezeichnet wird, war bereits bei Besprechung der Fälle von Pemphigus chronicus die Rede. Was besonders das Vorkommen dieser Krankheit bei Kindern anlangt, so ist es kaum fraglich, dass nicht selten verschiedenartige bullöse Hautausschläge, welche selbst Symptome fieberhafter Processe darstellen (Varicellen, Pyaemie), oder aber zufällig mit irgend einer anderen fieberhaften Krankheit (Pneumonie u. s. w.) sich combinirten, zu der irrthümlichen Diagnose einer „Febris bullosa" geführt haben. Namentlich scheinen Fälle von Pemphigus contagiosus, welche durch schlechte Pflege (wodurch secundäre Wundkrankheiten in Form von Pemphigus crouposus etc. auftreten dürften) oder sehr grosse Vulnerabilität des Individuums (Kachexie) einen schweren oder letalen Verlauf hatten, als besondere Krankheit aufgefasst worden zu sein; und zwar von dem Einen als Febris bullosa, Pemphigus pyreticus u. s. f., von dem Anderen als der gleichsam nicht specifische Pemphigus cachecticorum s. cachecticus. Wie dem auch sei, in unserem Falle wird jeder Gedanke an eine Febris bullosa, deren Existenz als specifische Krankheit ich angesichts zwar sehr weniger, aber gut beobachteter und zur Autopsie gekommener Fälle (Gibier, Purjesz[38]), Demme) nicht ganz leugnen will, durch das Fehlen jeglicher Störung im Allgemeinbefinden abgewiesen.

Pemphigus syphiliticus, wohl besser als Syphilis pemphigoides oder bullöses Syphilid zu bezeichnen, ist durch das Auftreten von Blasen, deren constanter und beinahe ausschliesslicher Sitz die Palma manus und Planta pedis ist, charakterisirt[39]).

[38]) Purjesz theilte beim Wiener Congress 1890 einen Pemphigusfall mit, welcher in 13 Tagen letal verlief und wobei die Obduction auch Blasen in Urethra, Blase etc. aufwies.

[39]) Fournier: Monatsh. f. pr. Dermat. 1890, I, S. 412.

Jede Blase ist von einem lebhaft rothen, derben, wallartigen Hofe umgeben. Die Intervalle der Haut zwischen den Blasen zeigen eine dunklere Färbung als anderwärts, wechselnd zwischen der zarten Farbe einer Hortensia bis zum tiefen Violett. Die Flüssigkeit ist anfangs mehr oder weniger trübe, wird aber dann purulent, grünlich und in gewissen Fällen sanguinolent. Der Typus der Eruption verliert von seiner Reinheit in dem Maasse, je später dieselbe nach der Geburt auftritt und je weiter sie sich von ihrem Lieblingssitze entfernt, indem sie nach den Seiten der Finger resp. Zehen sich wendend, aufwärts zum Unterschenkel und noch seltener sogar zum Rumpf und Gesicht steigt.

Die Hauptunterschiede zwischen beiden Erkrankungen sind folgende:

Pemphigus contagiosus.	Bullöses syphilid.
Die Blasen sind anfangs mit wasserheller Flüssigkeit gefüllt.	Die Blasen sind sofort beim Auftreten eitrig.
Die Blasen sind von ganz normaler Haut umgeben; erst nachdem der Inhalt eitrig geworden ist, bildet sich deutlich ein rother Saum aus, welcher aber nie derb wird.	Die Blasen sind von einem rothen, wallartigen Hof umrahmt.
Der Boden der Blasen ist blassroth und zeigt sich nach dem Sprengen der Decke als eine wenig nässende, oder aber nach dem Eintrocknen der Blase als eine trockene, erst bläulich roth später braunroth pigmentirte Macula.	Der Boden der Blasen ist weinroth, und verwandelt sich in ein syphilitisches Geschwür, wenn nicht gleich eine antiluetische Kur eingeleitet wird.
Der Ausschlag besteht nur aus Bläschen und Blasen.	Der Ausschlag ist häufig polymorph (Papeln, Pusteln, Condylomata).
Teller und Sohlen sind nicht[40]), jedenfalls nicht zuerst oder mit Vorliebe befallen.	Die Praedilectionsstellen sind Handteller und Fusssohlen und zwar immer symmetrisch.
Die Krankheit befällt sowohl wohlgenährte als kachectische Kinder.	Die Kinder sind gewöhnlich unreif geboren, kachectisch und zeigen andere Symptome syphilitischer Erkrankung.

Pemphigus chronicus: Diese Krankheit kann auch Neugeborene befallen. Wickham hat sogar zwei Fälle von angeborenem Pemphigus gesehen bei zwei Geschwistern, welche mit dem 9. resp. $2^1/_2$ Jahre noch mit ihrer Krankheit behaftet waren. Steiner und andere haben auch Fälle von Pemphigus chronicus

[40]) Moldenhauer: „Eine absolute Immunität zeigten Fusssohlen und Handteller". Auch Olshausen und Mekus bemerken, dass Teller und Sohlen stets frei sind. Bodenstab sah Palma und Planta befallen.

im zartesten Kindesalter beobachtet. Doch scheint der Pemphigus chronicus in diesem Alter selten zu sein. In unseren Fällen X und XI ist der Pemphigus chronicus wohl darum ausgeschlossen, weil die Krankheit in Verlauf von 2—3 Wochen beendet war. Zwar kommen bei vielen Fällen von chronischem Pemphigus freie Intervalle vor, aber jeder Ausbruch dauert immer Monate oder Jahre.

Urticaria bullosa: Mit heftigem Jucken entstehen Quaddeln und darauf Blasen.

Erythema bullosum: Für die Differentialdiagnose mit Pemphigus verweisen wir nach dem Gesagten bei Fall I.

Varicella bullosa. Bei einer so sehr ausgebreiteten Eruption wie die Fälle X und XI zeigten, würden sicher Fieber und andere Allgemeinsymptome vorhergegangen sein. Ausserdem zeigen bei dieser Krankheit die Blasen im Anfangs- und Endstadium eine centrale Depression (primäre und secundäre Delle), haben einen längeren Bestand und entwickeln sich aus Papeln (Stippchen).

Impetigo contagiosa ist eine zuerst im Jahre 1864 von Tilbury Fox und unabhängig von ihm von Startin beschriebene und von allen Seiten anerkannte bullöse Hauterkrankung sui generis. Ich glaube aber mit Bestimmtheit annehmen zu müssen, dass Pemphigus contagiosus und Impetigo contagiosa eine einheitliche Krankheit darstellen, und dass die Unterschiede, welche zwischen beiden geltend gemacht werden, nur daher rühren, dass die Neugeborenen empfänglicher für den bisher unbekannten Krankheitserreger seien, als ältere Kinder und Erwachsene. Pontoppidan[41]) hat vor wenigen Jahren die Impetigo contagiosa mit dem Namen Pemphigus acutus contagiosus belegt und Knud Faber[42]) nimmt an, dass es dieselbe Krankheit ist, welche, je nachdem sie Neugeborenen oder ältere Personen befällt, entweder als contagiöser Pemphigus oder als contagiöse Impetigo angedeutet wird. Bevor ich die Gründe, welche diese Ansicht nahelegen, bespreche, möchte ich von den beobachteten Fällen von Impetigo contagiosa einen etwas ausführlicher mittheilen.

Fall XII.

Hans R., Arbeiterkind, 4 Jahre alt, wird am 18. Juni von dem Vater in die Poliklinik gebracht.

Die Eltern und zwei Geschwister sind gesund, während

[41]) Vierteljahrschrift f. Derm. 1885. S. 275.
[42]) Monatshefte f. pr. Derm. 1890 I. S. 253.

drei andere Kinder mit einem angeblich gleichartigen Hautleiden behaftet sind, wie der kleine Patient. Dieser war stets gesund, hat aber vor zwei und dann vor einem Jahre einen Ausschlag gehabt, welcher, dem Aussagen des Vaters nach, dem jetzt bestehenden ähnlich ausgesehen haben soll. Dieser begann vor drei Wochen und zeigte sich zuerst auf dem Kinn in Gestalt einer Borke. Der Ausschlag breitete sich allmählig über das Gesicht, die Hände, Beine und Hinterbacke aus, während an anderen Stellen die Borken abfielen und die Haut wieder zur Norm zurückkehrte.

Status: Patient sieht gesund, ziemlich kräftig und wohlgenährt aus. Rhachitische oder scrofulöse Kennzeichen fehlen. Auf dem Gesicht sitzen viele dicke Crustae. Das Kinn ist gänzlich von einer grossen z. T. schmutzig grün, z. T. schwarzröthlich (hämorrhagisch) gefärbten Borke bedeckt. Die linke Wange ist auch grösstentheils von grünlichgelben Krusten eingenommen; die meisten sind aber discret und ungefähr kreisrund, etwas über Stecknadelkopf- bis Fünfpfennigstückgrösse; eine grössere ist von unregelmässiger Gestalt und zeigt an einigen Stellen gyrirte Ränder. Die rechte Wange trägt nur ganz vereinzelte Crustae; Nase und Stirn sind ganz frei von denselben. Doch zeigen sich an diesen Gegenden, besonders an der Stirne, blassblauröthliche, wenig tingirte Kreise. In der Falte zwischen linkem Ohr und Kopf ist eine leichtgeröthete, wenig nässende, mit scharfer Grenze versehene Stelle von ovaler Gestalt.

Die Kopfhaut ist mit kleinen ähnlichen Schüppchen bedeckt (Pityriasis furfuracea), sonst gänzlich normal. Pediculi und Ovula sind nicht aufzufinden.

Discrete grünliche oder gelbe Borken finden sich auf den Vorderarmen und Unterschenkeln, auf der Hinterseite der Oberschenkel und ziemlich zahlreich ad Nates.

In der Mitte des rechten Handtellers sitzt eine flache, fünfpfennigstückgrosse, gelbliche Blase mit einem breiten rothen Halo.

Die Haut der anderen Körpertheile und die Schleimhäute sind frei vom Ausschlage.

Nach Application von weisser Paste sind nach 2 Tagen die Borken grösstentheils entfernt und zeigen sich an solchen Stellen mehr weniger deutlich begrenzte, rundliche blassröthliche Flecke.

Dann zeigte Patient sich nicht mehr.

Obgleich der Anfang und Verlauf dieser Hauterkrankung nicht beobachtet wurde, war das klinische Bild klar genug um Impetigo contagiosa mit Sicherheit zu diagnosticiren. Dass die

einzige Blase, welche aufzufinden war, in der Palma sass, ist der dickeren Beschaffenheit der Epidermis zuzuschreiben, wodurch die Umwandlung in eine Kruste langsamer von statten ging. In einem anderen Falle dieser Art blieb eine Blase an der Innenseite der Zeigefingerspitze einige Tage bestehen.

Ohne näher auf die Diagnose einzugehen, werde ich sofort die Uebereinstimmung zwischen Pemphigus contagiosus und Impetigo contagiosa darzulegen versuchen.

Beiden Krankheiten ist gemein:

1. Es erscheinen auf sonst normaler oder wenig gerötheter Haut, durch Abhebung der obersten Epidermisschichten, Bläschen oder Blasen, welche sich rasch vergrössern, andere Primäreffloreszenzen werden nie dabei beobachtet. Der Inhalt ist wasserhell, später milchig trübe, dünneiterig. Die Decke ist sehr dünn und zart und wird leicht gesprengt, kann aber auch bestehen bleiben. Der Boden ist blassroth. Anfangs ist die Blase umgeben von ganz normaler Haut; oder besitzt einen schmalen, rothen Hof, welcher später, wenn der Inhalt eiterig geworden ist, breiter und intensiver wird. Der Bestand der Blase dauert nur Stunden oder wenige Tage, wenn sie platzt oder eintrocknet und gewöhnlich eine dünne Kruste bildet. Nach einigen Tagen fällt die Kruste ab und hinterlässt eine blassrothe, trockene Macula, welche livide, bräunlich, gelblich wird und dann ganz verschwindet.

Es wird angegeben, dass die Borken bei Pemphigus häufig fehlen oder doch wenigstens dünner seien als bei Impetigo. In Fall X waren die Krusten im Gesicht kaum zu unterscheiden von denjenigen auf der Wange in Fall XII.

Jedenfalls wäre eine solche Differenz nur ganz nebensächlich und kann von äusseren Umständen oder dem verschiedenen Alter und dadurch bedingter Verschiedenheit der Epidermis herrühren.

2. Es sind mit dem Ausbruch des Ausschlages keine oder geringe Störungen im Allgemeinbefinden verknüpft. Diese sind beim Pemphigus gewöhnlich etwas grösser, doch wäre das aus der geringen Widerstandsfähigkeit der Neugeborenen und der oft grösseren Ausbreitung des Exanthems sehr wohl zu erklären.

3. Das Exanthem tritt in unregelmässigen Nachschüben auf.

4. Die Dauer ist wenige Wochen.

5. Erwachsene werden seltener und in geringerem Grade befallen. Wenn die Ansteckung von einem Pemphiguskinde stammt, wird die Krankheit Pemphigus, sonst Impetigo genannt. Eine

Differentialdiagnose ist bei Erwachsenen weiter nicht zu machen. Die Localisation ist auf Gesicht und Hände (bei stillenden Frauen auch auf die Brust) beschränkt.

6. Der Verlauf ist fast ausnahmslos ein guter.

Dass Impetigo contagiosa eine ganz harmlose Krankheit ist, wird von Niemandem angezweifelt. Vom Pemphigus contagiosus sind aber in der Litteratur Fälle mit letalem Ausgange verzeichnet worden und nach Lesser[43]) „sind abweichend von dem gewöhnlichen Verhalten manchmal schwere Allgemeinerscheinungen, hohes Fieber und selbst ein tödtlicher Verlauf beobachtet worden. Es ist indess mindestens fraglich, fügt er hinzu, ob diese Fälle zu dem eigentlichen Pemphigus neonatorum zu rechnen sind."

Hervieux[44]) beschreibt eine Endemie im Findelhaus Maternité in Paris und giebt an, dass von 150 erkrankten Kindern nur 1 starb, bei dem der Pemphigus als Todesursache anzuschuldigen war.

Steiner führt in einer klinischen Studie über den Pemphigus im Kindesalter[45]) 54 Fälle von pemphigoiden Erkrankungen bei Kindern an. „Im Allgemeinen muss gesagt werden, meint er, dass der Verlauf meist ein fieberloser war, wenn nicht durch eine andere Krankheit das Leiden zu einem fieberhaften wurde . . . . Während der acute Pemphigus in 14 Tagen bis 3 Wochen sein Ende erreichte, ohne das Leben der befallenen Kinder zu gefährden, dauerte der chronische monate- und selbst jahrelang."

Olshausen und Mekus[46]) in Halle constatirten bei ihren Pemphiguskranken 2 Todesfälle; der eine kam nicht zur Autopsie, beim anderen wurden bei der Obduction, nebst einer Abhebung der obersten Epidermisschichten über nahezu die Hälfte des Körpers, ein pleuritisches Exsudat gefunden.

Klemm[47]) in Leipzig erlebte in zwei Häusern eine kleine Pemphigusepidemie. Von 26 befallenen Kindern starben 3, bei welchen nach dem Platzen der Blasen croupöse oder grauschmierige Massen den Blasenboden bedeckten.

Moldenhauer[48]) in Leipzig meldet von 94 Pemphigusfällen, wovon 12 mit letalem Ausgang; aber nur in einem Fall möchte er den Pemphigus als Todesursache betrachtet haben.

---

[43]) Lehrbuch 1887 I. S. 53.
[44]) Union médicale 1868 No. 30.
[45]) Vierteljahrsschr. f. Derm. 1869. S. 491.
[46]) Archiv f. Gynäk. Bd. I. 1870. S. 392.
[47]) Deutsches Archiv f. klin. Med. 5. Dez. 1871. S. 199.
[48]) Archiv f. Gynäk. Bd. VI. 1874. S. 369.

Zechmeister[49]) in München weiss zu erzählen von 28 neugeborenen Pemphiguskranken mit 6 Todesfällen. Da er seine Angaben grösstentheils vom Hörensagen hat, sind sie nicht als beweisend anzusehen.

Ernst Almquist[50]) berichtet von einer Endemie in der Entbindungsanstalt zu Göteborg (Schweden). Von 216 Kindern erkrankten 134, wovon keines vor der Entlassung starb.

Im Allgemeinen ist der Pemphigus contagiosus also eine gutartige Krankheit. Dass er etwas schwerer verläuft, als die Impetigo contagiosa, würde wohl daraus zu erklären sein, dass er erstens Neugeborene, also weniger Widerstandsfähige befällt, und zweitens weil die Ausbreitung der Eruptionen grösser ist. Ein letaler Ausgang wäre wohl immer einer hinzutretenden inneren Erkrankung oder einer Ansiedelung pyaemischer und septischer Mikroorganismen auf dem erweichten und entzündeten Blasenboden zuzuschreiben.

Crocker[51]), der bekannteste Schüler Tilbury Fox', giebt an, dass auch bei Impetigo contagiosa Ecthymapusteln aus den Blasen entstehen können.

7. Die Krankheit ist contagiös und allem Anscheine nach local parasitärer Natur.

Die Ansichten über die Ansteckungsfähigkeit und Aetiologie der Impetigo contagiosa sind nicht sehr verschieden. Crocker nennt als Ursache „contagious pus"; Kaposi wies zwischen der Epidermis der Blasendecken einen später auch von Geber gefundenen Schimmelpilz nach, woraus Geber und Lang, gegen Kaposi's Ansicht, den Schluss zogen, dass es hier sich um eine Form des Herpes tonsuraus vesiculosus handle. Pogge hat in dem Bläscheninhalt der Impetigoepidemie auf Rügen in 1885 Coccen gefunden, welche durch Weiterimpfung auf Erwachsene eine ähnliche Eruption mit weiterer Ansteckungsfähigkeit hervorbrachten. Ebenso hat Lustgarten von Impetigo[52]) Coccen-Reinculturen gezogen, und durch deren Verreiben auf die Oberhaut des Armes bei sich und einem Collegen disseminirte Bläschen und Knötchen hervorgerufen; zu einer charakteristischen Blaseneruption ist es allerdings nicht gekommen.

Ueber die Entstehungsursache des Pemphigus contagiosus sind die Meinungen ausserordentlich verschieden. West[53]) war

[49]) Münch. med. Wochenschr. 1887. S. 737.
[50]) Zeitschrift f. Hygiene Bd. X. 1891. S. 253.
[51]) Diseases of the skin. by H. Radcliffe Crocker, London 1888.
[52]) Kaposi's Lehrbuch S. 489.
[53]) Moldenhauer l. c.

der erste, der beim Pemphigus der Neugeborenen Fieberbewegungen beobachtete und weist demselben deshalb einen Platz unter den acuten Exanthemen an. v. Bärensprung[54]) warf ihn mit dem Herpes Iris zusammen. Olshausen und Mekus schrieben das endemische Auftreten dem gemeinschaftlichen Gebrauch der Badewanne und des Badeschwammes zu. Klemm, der den Pemphigus den acuten exanthematischen Infectionskrankheiten anreiht, fügt hinzu: „Wenn ich ihm aber einen Platz unter den anderen epidemischen Exanthemen der Kinder anweise, so will ich damit nicht behaupten, dass der acute Pemphigus einen so typischen Verlauf nehme, wie manche andere, besonders Masern und Scharlach; ich bin aber der Ansicht, dass darauf bei Weitem nicht so viel ankommt wie auf die beiden Kriterien: die Acuität und Contagiosität. Ahlfeld[55]) meint in seiner Mittheilung über eine Endemie von Morbus bullosus neonatorum zu Leipzig, dass die Art des Auftretens der Krankheit ihre Contagiosität beweist. „Dass die Krankheit zugleich epidemisch in der Stadt und Umgebung auftrat, leitet uns auf eine miasmatische Infection hin. Dass hier Pilze eine specifische Rolle spielen, ist nicht unwahrscheinlich."

Moldenhauer glaubt ein flüchtiges Contagium und ein fixes, durch Impfung übertragbares Gift annehmen zu müssen. Seine, wie früher Hervieux' Impfungen, hatten positiven Erfolg, während Steiner und Olshausen nur von Misserfolgen zu berichten hatten. „Es kam oftmals vor", sagt Moldenhauer, „dass, während die Nachbarn der erkrankten Kinder verschont blieben, andere, welche mehr weniger weit entfernt lagen, inficirt wurden", was von dem Uebertragen mittels Utensilien und Badewanne erklärt werden könnte. Bohn[56]) glaubt, zwar nur in einem Falle, das Auftreten von Pemphigus nach zu heissen Bädern constatirt zu haben und möchte äussere Hautreize in Verbindung mit der physiologischen Abschuppung der Epidermis in den ersten Lebenswochen für die Krankheit als ätiologische Ursache betrachtet wissen. Das würde auch erklären, dass der Pemphigus in der Praxis einzelner Hebeammen ausserordentlich häufig vorkommt[57]), indem durch heisses Badewasser, oder, wie Andere glauben beobachtet zu haben, durch rohe Manipulationen die gereizte Haut

[54]) Köbner in Vierteljahrsschrift f. Dermat. 1869, S. 209.
[55]) Archiv f. Gynäk., Bd. V, 1873, S. 150.
[56]) Jahrbuch für Kinderheilkunde 1876, IX, 3.
[57]) Mitgetheilt von Olshausen und Mekus u. A. Dohrn berichtet über eine sehr hartnäckige Wiederkehr von „Pemphiguserkrankungen in der Praxis einer Hebamme" (Archiv f. Gynäk., Bd. X, S. 589).

mit Blasenbildung reagirt. Henoch, der nie einen Fall von contagiösem Pemphigus gesehen zu haben meint, und die Existenz dieser Krankheit anzweifelt, glaubt, dass verschiedene, im Blut kreisende, deletäre Stoffe vielfache Blaseneruptionen zu produciren im Stande sind.

In dem letzten Jahrzehnt ist der Blaseninhalt fleissig auf Pilze untersucht worden. Riehl hat bei einem Falle von „Pemphigus acutus" eines 14 Tage alten Knaben Gonidien in grosser Zahl und spärliche Mycelien gefunden, welche dem Trichophyton tonsurans sehr ähnlich sahen. „Es scheint wahrscheinlich," meint Kaposi, „dass wie in diesem, so in anderen Fällen auch, solche Schimmelpilze die Ursache der Pemphigusblasen bilden, womit auch für eine epidemische Verbreitung und Contagium das Substrat gegeben wäre."

Der Nachweis von Bacterien im Blaseninhalte ist oft gelungen, um so besser, je älter die Blasen waren. Gewöhnlich waren es Eitercoccen.

Die Coccenbefunde von Gibier[58]) bei einem 17 jährigen Kranken mit sehr heftigem, letal verlaufendem Pemphigus im Jahre 1881; von Sahli[59]) bei einem Falle von Bronchopneumonie und bullösem Exanthem; von Demme[60]) bei einem Kinde von 13 Jahren mit acutem, tödtlichem Verlauf, sind meiner Ansicht nach für Pemphigus neonatorum von keinem Interesse. Strelitz[61]) fand bei dieser Krankheit im Blaseninhalte zweierlei Coccen, einen milchweissen und einen goldgelben; Bodenstab[62]) den Staphylococcus pyogenes aureus und albus; Almquist[63]) einen Pilz, welcher in Reincultur gezüchtet und auf den Arm des Forschers geimpft, Blasen hervorrief. Indess hat dieser „Micrococcus Pemphigi neonatorum" eine so grosse Aehnlichkeit mit Staphylococcus pyogenes aureus, dass die von Almquist befürwortete Nichtidentität noch höchst fraglich ist. Denn der einzige Unterschied, den er angiebt, ist, dass der Pemphiguspilz auf Agar zwar den für den gelben Eiterpilz charakteristischen gelben Oelfarbenstrich bildet, jedoch mit etwas bleicherem Rande.

Die Contagiosität dieser Blasenkrankheit ist nicht zweifelhaft. Bohn's Hypothese ist geistvoll, aber in fast allen Fällen offenbar von den Thatsachen widerlegt. Henoch's Ansicht mag

---

[58]) Gazette des Hôpitaux 1881, No. 124—126.
[59]) Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1885, Nr. 12.
[60]) Verh. des Congr. f. innere Med., V, 1886, S. 336.
[61]) Arch. f. Kinderheilkunde, Bd. XI, 1889, S. 7.
[62]) Beitrag z. Aetiol. d. Pemph. neonat. Dissertation Halle 1890.
[63]) Zeitschr. f. Hygiene, Bd. X, S. 253.

für den chronischen Pemphigus von Bedeutung sein, vielleicht noch mehr für andersartige pemphigoide Ausschläge; für den Pemphigus contagiosus (wenn diese Krankheit, wie man im Gegensatz zu Henoch's Ansicht, doch wohl berechtigt ist anzunehmen, besteht) kann sie unmöglich stichhaltig sein.

Also contagiös ist diese Erkrankung; nur ist noch fraglich, ob sie einer innerlichen oder äusserlichen Krankheitsursache ihre Entstehung verdankt. Die meisten der genannten Autoren vertreten die Ansicht, dass sie eine specifische Infectionskrankheit sei, wie Masern, Scharlach oder am meisten den Varicellen ähnelnd, mit einem Stadium prodromorum, eruptionis et decrementi. Der einigermaassen typische Verlauf, die Acuität, die Uebertragbarkeit, welche für diese Anschauung als genügende Beweise angeführt werden, finden wir aber gleichfalls bei Impetigo contagiosa, welche von Keinem als acute Infectionskrankheit aufgefasst wird.

Gegenüber dieser ziemlich verbreiteten Anschauungsweise möchte ich darauf hinweisen, dass bei Masern u. s. w. die Efflorescenzen nie in solchen ganz unregelmässigen Ausbrüchen zu Tage treten, wie es beim acuten Pemphigus immer der Fall ist; ferner, dass die grosse Seltenheit von einem Befallensein der Handteller und Fusssohlen, und in unserem Falle X das Verschontbleiben der Arme, Hände und des Rückens mit Ausnahme einer einzigen Blase auf einem Fingerrücken und in der Lumbalgegend als ein Beleg gegen die Annahme einer inneren Ursache der Krankheit anzuführen wäre; und schliesslich, dass bei den Müttern und Ammen nicht selten eine oder wenige Blasen auftauchten gerade an den Stellen, wo sie mit den Kleinen in unmittelbarer Berührung kamen: Gesicht, Brust und Händen.

Wir kommen also zu dem Schluss, dass die Ursache in Krankheitserregern, welche von aussenher in die Epidermis gelangen, zu suchen sei. Der Befund von Schimmelpilzen steht vereinzelt da und Crocker betrachtet Riehl's Pilzenelemente als nicht pathogen, weil er selbst einige Male solche Gebilde nachgewiesen hat bei ganz anderen Prozessen. Das Wahrscheinlichste ist also, eine bacterielle Ursache anzunehmen; ob dies der Micrococcus pemphigi neonatorum Almquist ist, scheint mir noch sehr zweifelhaft. Jedenfalls müsste untersucht werden, (wenn dieses Experiment aus humanen Rücksichten nicht unerlaubt erscheint), ob dieser Coccus bei Neugeborenen einen Pemphigus, und eventuell bei anderen Personen eine Impetigo contagiosa hervorzurufen vermag.

Bei der Differentialdiagnose zwischen Pemphigus contagiosus

und Impetigo contagiosa wird besonders betont, dass die Localisation bei der ersten Krankheit eine unregelmässige ist, bei der zweiten aber auf die entblösst getragenen Körpertheile: Gesicht, Hände und event. Füsse beschränkt bleibt. Dies dürfte im Grossen und Ganzen zutreffen, aber es giebt auch Ausnahmen. In Fall XII war das Exanthem auch ad Nates in nicht geringer Ausbreitung vorhanden; bei der Epidemie in Rügen breitete die Impetigo sich in vielen Fällen aus über Arme, Rumpf, Hals und allerdings vorwiegend auf das Gesicht. Die grössere Ausbreitung und auch der längere Bestand der Blasen bei Pemphigus wäre ausserdem sehr wohl zu erklären. Denn zwischen der Epidermis eines Säuglings und derjenigen eines älteren Individuums ist ein so grosser Unterschied, dass es uns nicht wundern kann, wenn derselbe Reiz eine verschiedene Reaction hervorruft. Als ein treffendes Beispiel führt Faber an, dass der abblätternden Psoriasis palmaris der Erwachsenen der Pemphigus syphiliticus der Neugeborenen entspricht. In dieser Hinsicht wäre es besonders interessant zu erfahren, ob Pemphigus, auf ältere Individuen übertragen, sich als eine Impetigo manifestirt und umgekehrt.

Um diese Frage zu entscheiden, wären Impfversuche von hoher Bedeutung. Zwar sind dieselben mit dem Blaseninhalte häufig vorgenommen worden, aber nur selten mit positivem Erfolge. Gewöhnlich waren die Geimpften Erwachsene, was zum Theil das Misslingen des Versuches erklären könnte. Unbeabsichtigte Impfungen sind mehrere Male bei der Vaccination vorgekommen. So berichtet Rutgers[64]) drei Fälle von Impfpemphigus. Sehr bekannt ist die von Eichstedt[65]) mitgetheilte Geschichte der Impfimpetigo-Epidemie im Jahre 1885 in Wittow auf Rügen. 76 Impflinge wurden von der Blasenkrankheit befallen und durch Weiterverbreitung des Contagiums im Ganzen etwa 320 Personen. Die Blasen waren in mehreren Fällen in der Gegend der Impfstelle und den für die Impetigo charakteristischen Gegenden nicht beschränkt, sondern verbreiteten sich auf Arme und Rumpf.

In den meisten Mittheilungen über Pemphigusepidemien wird berichtet, dass auch ältere Kinder befallen waren, aber eine geringere Ausdehnung der Eruption aufwiesen, während bei den Müttern[66]) und Ammen nicht selten eine oder wenige Blasen

---

[64]) Weekbl. v. d. Geneesk. 1880, No. 32.

[65]) Berl. Klin. Wochenschrift 1885, No. 44.

[66]) Bereits im Jahre 1834 von Rigby bei einer Epidemie in einer Entbindungsanstalt zu London constatirt.

auf Gesicht, Brust oder Händen sich zeigten. Blomberg[67]) erwähnt Folgendes: In der Praxis einer Hebamme wurden 3 Neugeborene von Pemphigus contagiosus befallen. In einem dieser Fälle zeigte sich nach einigen Tagen bei 3 Dienstmägden der Familie Bläschen an den Fingern und z. Th. an den Handrücken; bei zwei Geschwistern von 2 und ca. 6 Jahren entstanden einzelne erbsengrosse Blasen an Armen, Oberschenkeln und Nates; bei der Mutter eine ähnliche Efflorescenz am Halse. Blomberg impfte sich mit dem Blaseninhalte und sah an den Impfstellen Blasen entstehen. Pulvermacher[67]) giebt aus der Lassar'schen Poliklinik die Beschreibung einer Familienepidemie von Pemphigus contagiosus: Der Vater litt an einem eigenthümlichen Herpes, der in ein squamöses Eczem überging; dann wurde ein 14 Tage altes Kind von Pemphigus über den ganzen Körper befallen, ein vierjähriges Kind auf Gesicht und Extremitäten und die Mutter nur an den Händen.

Bodenstab[68]) beobachtete eine Hausepidemie bei 6 Personen. Am 17. Juni 1889 erschienen in der Lassar'schen Poliklinik 5 Geschwister und wurde folgende Notiz gemacht: „Vor 2 Tagen starb ein neugeborenes Kind der Familie am Pemphigus neonatorum. Gleich nachher zeigten beide Eltern sowie die 5 Geschwister (4 Knaben, 1 Mädchen) die Erscheinungen einer Impetigo contagiosa auf Körper und Gesicht."

Nach alledem scheint es mir nothwendig, vom klinischen Standpunkte Pemphigus contagiosus und Impetigo contagiosa als eine identische Krankheit zu betrachten, welche in den verschiedenen Lebensaltern mit verschiedenem Habitus auftritt. Hoffentlich werden bacteriologische Forschungen in kurzer Zeit den endgültigen Beweis liefern.

Zum Schluss ist es mir eine sehr angenehme Pflicht, Herrn Dr. O. Lassar für die gütige Ueberlassung seines reichen Krankenmaterials und die liebenswürdige Förderung und Teilnahme, die er mir zu Teil werden liess, meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Desgleichen möchte ich mir erlauben, Herrn Dr. Schwan für seine freundliche Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit zu danken.

---

[67]) Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph. 1886, S. 519.
[68]) Monatsh. f. pr. Dermat. 1885, S. 45.
[69]) Dissert. Halle, 1890.

Thesen.

I.

Das Entstehen der Ectopia vesicae wird am besten erklärt durch die Annahme, dass der Nabelstrang in einer frühen Periode des Fötallebens unter besonderen Umständen den vorderen Bauch- mit sammt Blasenwand durch pulsirenden Druck usuriren kann. (Rotgans' Theorie.)

II.

Pemphigus contagiosus neonatorum und Impetigo contagiosa stellen dieselbe Krankheit vor, welche in den verschiedenen Lebensaltern sich etwas verschieden gestaltet.

III.

In den meisten Publikationen über Eczemtherapie wird der Nutzen einer frühzeitigen Anwendung des Theers und des Wassers nicht genügend gewürdigt.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Jacobus van der Spek, reformirter Confession, wurde am 5. Januar 1857 zu Delft (Niederlande), wo sein Vater Gutsbesitzer war, geboren. Seine wissenschaftliche Vorbereitung erhielt er auf der höheren Bürgerschule seiner Vaterstadt. Im Jahre 1875 bestand er seine Endprüfung und wurde dann von der niederländischen Regierung zum Lehrling-Dollmetscher für die chinesische Sprache ernannt. Nach einem vorbereitenden Studium zu Leyden bei Prof. G. Schlegel und in China bekam er im Jahre 1880 eine amtliche Stelle in Niederländisch Ost-Indien. Im Jahre 1885 wurde er behufs Herstellung seiner Gesundheit beurlaubt, nach Europa zu reisen, wo auf seine Anfrage die niederländische Regierung ihm seinen ehrenvollen Abschied gestattete.

Vom September 1885 bis zum März 1891 studierte er Medicin an der Universität zu Amsterdam und erhielt am 6. März 1891 sein Arztdiplom. Am 28. Juli bestand er an der Universität Berlin sein Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Forster, M. Fürbringer, Gunning, van Haren Noman, Hertz, Korteweg, Kruseman, Kuhn, van der Mey, Oudemans, Pel, Place, van Rees, Rynberk, Saltet, Tilanus, Stokvis, Vermey, Wurfbain.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.